VII. Jahrgang. **Wien, 24. September 1893.** **Nr. 39.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die **Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

Historisches.

Bevor ich daran gehe, eine Darstellung über den jetzigen Stand unserer Kenntnisse betreffend die Entzündungen im Becken zu geben, muss ich einen Augenblick bei der Geschichte unseres Gegenstandes verweilen und namentlich der Arbeiten und Schriften eines Mannes gedenken, den ich für einen der grössten Gynäkologen unseres Jahrhunderts halte, nämlich derer von BERNUTZ. Zur Zeit, zu welcher BERNUTZ seine klinischen Mémoiren veröffentlichte, bestand die landläufige Ansicht, dass jedwede Geschwulst von harter Consistenz, die man in Fällen von Entzündungen im Becken über dem Scheidengewölbe auf einer Seite oder zu beiden Seiten des Uterus fühlte, stets auf Rechnung eines entzündlichen Exsudates in das Bindegewebe an der Basis der Ligamenta lata oder innerhalb der Schichten dieser Ligamente zu setzen sei.

NONAT hatte diese Lehre während eines Zeitraumes von 10 Jahren vertreten und unter dem Einflusse seiner Autorität und seiner dogmatischen Lehren wurde dieselbe fast allgemein angenommen.

Diese Exsudate wurden mit verschiedenen Namen belegt, aber gleichgiltig ob sie als Becken-Cellulitis oder als Parametritis oder als peri-uterine Phlegmonen beschrieben wurden — was den Sitz derselben betrifft, so bestand thatsächlich kein Meinungsunterschied. Einige Zeit theilte auch BERNUTZ die allgemeine Ansicht.

Der letale Ausgang zweier Fälle, die er selbst behandelte, diente jedoch dazu, seine diesbezüglichen Anschauungen zu ändern, und der ebengenannte Umstand setzte ihn auch in den Stand, in einer unwiderleglichen Art den Nachweis zu erbringen, dass der peri-uterine Tumor, der während des Lebens der Patientin alle Symptome der sogenannten peri-uterinen Phlegmone dargeboten hatte, durchaus nicht in dem Zellgewebe seinen Sitz hatte. Bei den in Rede stehenden Nekropsien fand man, dass der Tumor, der sogar nach dem Tode alle gewöhnlichen Zeichen darbot, von den Beckeneingeweiden gebildet war, die durch peritoneale Adhäsionen mit einander verflochten waren. Diese Entdeckung war von so immenser Bedeutung, dass sie den zwei Fällen, die zu derselben führten, ein historisches Interesse verleiht. Die Zeit erlaubt es mir hier, nur die Hauptzüge des ersten dieser zwei Fälle anzuführen.

Der Fall betraf eine junge Frau im Alter von 18 Jahren, die während eines Jahres ein unregelmässiges Leben geführt hatte, und die wegen heftiger Schmerzen im Abdomen ins Hospital aufgenommen wurde.

Die Schmerzen ergriffen die Patientin plötzlich am achten Tage nach dem Auftreten einer Gonorrhoe, und sie nahmen täglich an Intensität zu. Bei der Untersuchung fand man ausser den Zeichen einer acuten Gonorrhoe einen resistenten Körper oberhalb des Scheidengewölbes, der sich rings um den Cervix Uteri herum, mit Ausnahme der rechten Seite des letzteren, ausdehnte. Druck auf den Tumor verursachte grossen Schmerz. Ruhe und die Application von Blutegeln auf die linke Regio iliaca brachten einige Linderung, aber die Geschwulst blieb dieselbe, und einige Tage später kehrten die Schmerzen wieder.

Nachdem die Patientin einige Wochen im Hospital zugebracht hatte, bekam sie einen Anfall von Icterus und dann einen Anfall von Pleuritis mit Erguss — zuerst einen Erguss serösen Charakters, der nach der Entleerung eine eitrige Beschaffenheit annahm. Die Patientin starb drei Monate nach ihrer Aufnahme ins Hospital.

Bei der Autopsie fand man die Blase, den Uterus, die Ligamenta lata und die Flexura sigmoidea sämmtlich durch alte Adhäsionen mit einander verflochten. Auf der linken Seite des Beckens fand man keine Cavität, da die Ligamenta lata sowohl mit der Blase als wie auch mit dem Rectum verwachsen waren. Beim Durchtrennen dieser Adhäsionen wurde ein intraperitonealer Abscess eröffnet.

*) Vortrag, gehalten auf der 61. Jahresversammlung der «British Medical Association» in Newcastle-on-Tyne, vom 1. bis 4. August 1893. — Mitgetheilt von Léon LEIBOWITZ.

Der Uterus war nach hinten an das Rectum angeheftet. Die Tubae Fallopiae zeigten einen hohen Grad von Congestion.

An der rechten Tuba fand sich an zwei Stellen eine Eiteransammlung; die eine am Fimbrienende; dieses letztere war dilatirt und haftete fest an das Ovarium. Die linke Tuba enthielt keinen Eiter, sie war aber impermeabel. Beide Ovarien waren intact. Die supponirte Phlegmone war nicht vorhanden.

Dieser soeben berichtete Fall ereignete sich im Jahre 1856 und wurde im Jahre 1857 publicirt; aber es war erst im Jahre 1862, als BERNUTZ in Gemeinschaft mit seinem Freunde GOUPIL in gesammelter Form jene denkwürdigen und wunderbaren klinischen Memoiren publicirte, die von Zeit zu Zeit in den Archives Générales de Médecine erschienen waren. und die den bei weitem wichtigsten Beitrag zur Literatur der Gynäkologie darstellen, der jemals gemacht worden ist.

Die Publication des in Rede stehenden Werkes, gestützt auf eine Menge klinischer Thatsachen und Sectionsbefunden, die im höchsten Grade überzeugend waren, stellte ein für alle Mal fest, oder hätte ein für alle Mal die wahre Natur der Mehrzahl der Tumoren, die man bis dahin einer Cellulitis im Becken zugeschrieben hatte, feststellen sollen. Ich sage, die Mehrzahl der Tumoren, denn BERNUTZ leugnete nicht — wie man bisweilen irrthümlicher Weise annimmt — das Vorhandensein einer Phlegmone oder einer entzündlichen Exsudation zwischen den Schichten der Ligamenta lata, speciell bei puerperalen Fällen; aber er betrachtete sie als selten im Vergleiche zu den Tumoren in Folge von Beckenperitonitis, und er selbst hatte niemals einen solchen Fall in necropsia gesehen.

Die Schlussfolgerungen, zu denen BERNUTZ bei seinen Untersuchungen gelangt war, wurden von ihm selbst wie folgt zusammengefasst:

1. Die Entzündung des Beckenperitoneum ist eine Krankheit, die man sehr häufig antrifft.

2. Der Tumor, den man in Fällen von Beckenperitonitis post-mortem findet, wird dadurch gebildet, dass zahlreiche im Becken gelegene Eingeweide in Folge der Entzündung mit einander verwachsen.

3. Die Entzündung der Serosa des Beckens hat immer eine symptomatische Bedeutung und sie ist im Allgemeinen ein Symptom einer Entzündung der Ovarien oder der Tubae Fallopiae.

Man sollte nun meinen, dass die Ansichten von BERNUTZ die von ihm mit einer solchen Gründlichkeit und Klarheit auseinandergesetzt worden waren, auch zum Gemeingute aller Aerzte wurden. — Dem war jedoch nicht so. MATTHEWS DUNCAN bestritt die Richtigkeit dieser Anschauungen, indem er sich auf die Sectionsbefunde berief — und so weit er nach dieser Richtung ging — that er es auch mit Erfolg, geradezu mit Triumph.

Er that durch Necropsien dar, dass gerade diejenigen Fälle, welche die Symptome und die Zeichen der Cellulitis oder der parametrischen Phlegmone dargeboten hatten, Fälle von Beckenperitonitis darstellten. Während man aber einerseits Dr. MATTHEWS DUNCAN in dieser Beziehung vollkommen beipflichten muss, so glaubte er andererseits, dass BERNUTZ, als er die früher erwähnten Conclusionen formulirte, daran vergessen hatte, dass alle Fragen nicht durch Necropsien gelöst werden können, und er glaubte somit des Weitern, dass BERNUTZ sich durch seinen Enthusiasmus für die Sache, die er vertreten hatte, dazu verleiten liess, die Häufigkeit der Beckenperitonitis und die Seltenheit der parametrischen Phlegmone als Thatsache hinzustellen.

Wenn nun MATTHEWS DUNCAN mit seiner sonst so gesunden und unparteiischen Beurtheilung wissenschaftlicher Leistungen in den Fehler verfallen konnte, den Resultaten der BERNUTZ'schen Beobachtungen ihren wahren Werth nicht angedeihen zu lassen, so glaube ich, dass es uns nicht Wunder nehmen darf, wenn andere Männer von geringerer Bedeutung als er, dasselbe thaten.

Ich will Sie nicht damit lange aufhalten, die Gründe für diese allgemein verbreitete Vernachlässigung der Beobachtungen von BERNUTZ aufzusuchen, sondern ich will mich nur darauf beschränken, zu bemerken, dass diese neuen Anschauungen vielleicht eine grössere Aufmerksamkeit auf sich gelenkt haben würden, wenn man denselben irgend welche Bedeutung für die Behandlung solcher Fälle zugeschrieben hätte. Es waren jedoch viele Jahre verstrichen, bevor die Entdeckungen von BERNUTZ eine praktische Bedeutung gewannen, und sogar zu dieser Zeit war dies zunächst nicht die directe Folge der BERNUTZ'schen Beobachtungen, sondern vielmehr der Ausfluss jener chirurgischen Unternehmungen, die — gerade so wie sie bei der operativen Behandlung der Nierenkrankheiten neue Wege der Erkenntniss eröffneten und neue Möglichkeiten einer Erleichterung und Genesung von dem Leiden schufen — auch auf dem Gebiete anderer Organe und namentlich derjenigen, welche hauptsächlich beim Hervorbringen der Beckenperitonitis betheiligt sind — dieselbe Richtung eingeschlagen hatten.

* * *

Die Becken-Cellulitis, eine im Allgemeinen secundäre Erkrankung.

Während der letzten fünf oder sechs Jahre führte ich den Bauchschnitt in fast hundert Fällen aus, die ich in der ersten Zeit meiner chirurgischen Laufbahn als wohl ausgesprochene Beispiele von Beckencellulitis angesehen haben würde — nämlich Fälle, in denen die Beweglichkeit des Uterus mehr oder weniger aufgehoben war, und in denen harte, unregelmässige und fixirte Tumoren oberhalb des einen oder beider Scheidengewölbe gefühlt werden konnten, und die sich häufig bis in das Cavum Douglasii erstreckten.

In der grossen Mehrzahl dieser Fälle fand ich gar keine Anzeichen der Cellulitis, und dort, wo die Cellulitis beobachtet werden konnte, war es ganz klar, dass dieselbe secundär war, und dass sie auf Rechnung von Salpingitis und Peritonitis kam, welche die Hauptaffectionen darstellten. In keinem dieser Fälle war eine entzündliche Exsudation in dem Zellgewebe der Ligamenta lata oder sonstwo anzutreffen, die genügt haben würde, um einen ausgesprochenen Tumor zu bilden, der bei der bimanuellen Untersuchung als solcher erkennbar gewesen sein würde. In manchen Fällen chronischer suppurativer Entzündung der Uterusadnexa waren die Ligamenta lata der Sitz eines gewissen Grades von Verdickung in Folge entzündlicher Exsudation; dies fand sich jedoch nur in der Nachbarschaft der eitrigen Erkrankung vor, und die Verdickung überschritt nur selten den achten Theil eines Zolles, und sogar in den extremen Fällen überschritt dieselbe niemals einen halben Zoll.

* * *

Die Entzündung im Becken, gemeinhin eine Peritonitis bedingt durch Salpingitis.

Der gewöhnliche Stand der Dinge bei Eröffnung des Abdomens in solchen Fällen ist folgender:

Der Inhalt des Beckens ist gewöhnlich durch das grosse Netz verdeckt; das letztere erscheint heruntergezogen und verdeckt die Eingeweide auf der Vorderseite; dasselbe geht sowohl mit dem Peritoneum so wie auch mit dem Uterus und andern Beckeneingeweiden Adhäsionen ein. Bisweilen findet man, dass dem Omentum auch Dünndarmschlingen adhäriren. Wenn man das Netz trennt und bei Seite schiebt, so sieht man, dass eine Seite oder der ganze hintere Theil des wahren Beckens von einer unkenntlichen Masse mit einander verwachsener Eingeweide ausgefüllt wird. Der Uterus selbst findet sich bisweilen in diese Masse eingegraben, aber in andern Fällen ist wenigstens sein oberer Theil frei. Wenn man die Tuba Fallopiae auf der erkrankten Seite von ihrer Anwachsungsstelle am Uterus nach aussen verfolgt, so findet man oft, dass sie im allerersten Theile, ungefähr in der Ausdehnung eines halben Zolles von normaler Weite ist, und dass sie sich dann in den adhärenten Massen verliert. Wenn man diese letzteren Massen trennt und zur Anschauung bringt, so findet man stets, dass

sie aus den Uterinadnexis, die durch die Entzündung mehr oder weniger verändert sind, zusammengesetzt seien.

Es findet sich immer Salpingitis vor, und die entzündete und verdickte Tuba überdeckt gewöhnlich das Ovarium. In einer grossen Zahl von Fällen erscheint das Ovarium selbst normal, mit Ausnahme des Umstandes, dass es immer adhärent ist. In andern Fällen befindet es sich im Zustande einer initialen cystösen Degeneration. Ich meine nicht jenen harmlosen Zustand, den man bisweilen als eine initiale cystöse Degeneration bezeichnet, in welchem mehrere GRAAF'sche Follikel durch Serum ausgedehnt sind und sich als transparente Erhabenheiten auf der Oberfläche eines sonst normalen Ovarium präsentiren, sondern ich spreche von dem Zustand, in welchem sich wahre Cysten von variabler Grösse vorfinden, und in welchem die normale Structur des Organs durch dieselben mehr oder weniger substituirt wurde. So oft der seitliche Tumor so gross ist, dass er den Uterus auf die entgegengesetzte Seite hinüberdrängt, kann man diesen Zustand des Ovarium vermuthen.

In vielen Fällen findet man die Cysten im Ovarium in einem Zustande der Eiterung, indem ihr Inhalt vorher von den entzündeten und eiternden Tuben aus inficirt wurde. Von primärer Ovariitis, sei es acute oder chronische, die von manchen Autoren als eine gewöhnliche Krankheit und als die häufige Ursache der Beckenperitonitis hingestellt wird, habe ich kaum (mit Ausnahme von tuberkulöser Erkrankung) einen einzigen Fall beobachtet.

Was die Tuben betrifft, so ist der erste bemerkenswerthe Punkt der Umstand, dass die Zeichen der peritonealen Entzündung stets in der Nachbarschaft des Fimbrienendes am meisten ausgesprochen sind, ein Moment, welches deutlich zeigt, dass die Beckenperitonitis durch ein directes Weitergreifen von der Mündung des entzündlichen Eileiters, oder in Folge einer Entleerung der krankhaften Secretionen aus der Tuba entstanden sei. Dort, wo die Secretion aus der entzündeten Tuba hauptsächlich schleimigen Characters ist, mit einer nur geringen Beimengung von Eiterkörperchen, wird die Intensität der Entzündung um das abdominale Ostium der Tuba herum nur durch eine ausserordentliche Dichtigkeit der Adhäsionen an jener Stelle und durch nichts mehr angezeigt.

Wenn hingegen die Secretion durchaus eitriger Natur ist, so trifft man einen von zwei Zuständen an, je nachdem ob das Fimbrienende der Tuba offen bleibt, oder geschlossen wurde. In dem erstgenannten Falle findet man einen intraperitonealen Abscess, der zwischen den Adhäsionen eingekapselt erscheint, und der seinen Inhalt aus der eitrigen Entleerung aus der offenen Mündung der eiternden Tuba bezieht.*)

In dem zuletzt genannten Falle dehnt der Eiter, der sich in der obliterirten Tuba angesammelt hat, dieselbe aus, bisweilen gleichmässig, aber viel häufiger unregelmässig, so dass er entlang der Tuba eine Reihe von Buchten und Taschen bildet, die mit Eiter erfüllt sind, und in beiden Fällen den Zustand darstellt, der als Pyosalpinx bekannt ist.

Die Veränderungen in den Wänden der Tuben sind die folgenden:

In den acuten Fällen findet man die Schleimhaut, einschliesslich der prominenten Longitudinalfalten, stark geröthet und geschwellt und mit einem eiterigen oder schleimig-eitrigen Secret bedeckt; bei den chronischen Fällen ändert sich der Zustand je nachdem, ob die entzündlichen Secrete innerhalb der Tuba verbleiben, oder durch das offene Fimbrienende entleert werden. In dem erstern Falle ist die Schleimhaut entweder deutlich ulcerirt, oder von Granulationsgewebe bedeckt; in dem letztern Falle, wenn sich dieselbe ihrer Secrete entledigt hat, findet man häufig, dass die Schleimhaut ihr normales Aussehen mehr oder weniger vollständig wiederbekommen hat, mit Ausnahme der Nachbarschaft des adhärenten Abdominalostium, wo sie häufig intensiv geröthet und ödematös ist. Die auffallendste Veränderung bei den chronisch entzündeten Tuben wird bedingt durch ein Uebergreifen der Entzündung auf die mittlere Schichte oder die Muskelschichte, die in Folge einer entzündlichen Exsudation zwischen den Bindegewebselementen der Muskelschichte verdickt und indurirt erscheint; diese entzündliche Exsudation bewirkt auch eine unregelmässige Trennung der einzelnen Muskelfasern von einander und bedingt so eine allgemeine Verdickung der Tubenwand, die häufig einen Dickendurchmesser von einem achtel bis zu einem halben Zoll besitzt. Die Vergrösserung des Eileiters manifestirt sich nicht bloss durch eine Zunahme in seiner Weite und Circumferenz, sondern häufig auch durch eine Zunahme in seiner Länge — und da diese Zunahme in der Länge innerhalb eines beschränkten Raumes geschieht, so besteht häufig das Endresultat darin, dass die Tuba verdoppelt und in sich selbst gefaltet erscheint, indem sie so eine Reihe von Windungen bildet.

In vorgeschrittenen Fällen können noch weitere Veränderungen vor sich gehen; wenn die Eiter enthaltende Tuba mit dem cystösen Ovarium Adhäsionen eingeht, so kann ihre Wand ulceriren und es kann Perforation eintreten; in Folge dieses Umstandes kann sich der eiterige Inhalt der Tuba in das Innere der Cyste entleeren und auf diese Art einen tubo-ovarialen Abscess hervorbringen. Das Resultat eines solchen Ereignisses ist das plötzliche Auftreten einer sehr heftigen Beckenperitonitis, die das Leben der Kranken in eine drohende Gefahr bringt. Man darf jedoch nicht glauben, dass so oft eine entzündete und eitrige Tuba plötzlich in eine grosse Abscesshöhle führt — ein Zustand, den man, was sein Aussehen betrifft, treffend mit dem Aussehen einer Retorte verglichen hat — man es unbedingt mit einem tubo-ovarialen Abscess zu thun habe. Ich habe unlängst auseinandergesetzt, dass ein tubo-ovarialer Abscess vorgetäuscht werden kann, und zwar durch eine plötzliche Ausdehnung der Tuba selbst, die auf diese Art eine merkwürdige und interessante Varietät des Pyosalpinx darstellt. Es finden sich zwei diesbezügliche Beispiele in dem Museum des St. Thomas Hospitals; in einem derselben wurde die wahre Natur des Leidens unwiderleglich durch die Thatsache festgestellt, dass man beide Ovarien der Patientin während der Operation als absolut gesund erkannte; sie waren nicht einmal adhärent. Ich kann diese Ovarien als Beleg für meine Behauptung nicht vorbringen, denn sie befinden sich noch immer im Körper der Patientin, die vollkommen genas.

(Fortsetzung folgt.)

*) Beckenabscesse, die in das Rectum oder in die Vagina bersten, haben fast immer diesen Character und sind nicht cellulitischen Ursprungs, wie man allgemein angenommen hatte.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. ***M. Semmola*** *in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel.*)

(Fortsetzung.)

Bei der symptomatischen Behandlung der Pneumonie müssen wir verschiedene Symptome auseinanderhalten, und zwar: das Seitenstechen, die funktionelle Herzinsufficienz, die Insufficienz der Gesammtkraft des Organismus, die hone Temperatur, den Husten und die Expectoration, die Dyspnoë und die drohende Asphyxie.

Seitenstechen. Der acute Schmerz ist oft eines der ausgesprochensten subjectiven Symptome des Kranken, der mit Insistenz nach einem Heilmittel verlangt. Handelt es sich um kräftige Individuen, dann können wir an den schmerzenden Punkt einige Blutegel oder blutige Schröpfköpfe appliciren; durch Entziehung einer geringen Blutquantität wird der Schmerz beträchtlich gemildert. Wenn der Schmerz kein so heftiger ist,

*) Siehe »Internat. Klinische Rundschau« Nr. 31, 33, 36, 38, 1893.

so hilft oft die Application eines Senfteiges oder die Einreibung mit Oleum Hyosciami und Chloroform. Wirksame Mittel sind: die subcutane Injection von 0·01 Morphium oder die Anwendung des galvanischen Stromes: durch Application der Anode auf die schmerzende Stelle und der Kathode auf einen beliebig anderen Punkt, unter Anwendung eines schwachen Stromes von nicht langer Dauer, kann man den Schmerz auf mehrere Stunden unterdrücken.

Functionelle Herzinsufficienz und allgemeine Schwäche. Die Insufficienz des Herzens zusammen mit dem Verfall der Kräfte bildet den Cardinalpunkt bei der Behandlung der Pneumonie. Bei der Herzinsufficienz ist die Function des Herzens mehr oder weniger geschwächt wegen behinderter Circulation in der Lunge in Folge der fibrinösen Infiltration, ferner wegen Verminderung der respiratorischen Oberfläche und Einschränkung der Athembewegungen, wegen des Fiebers und hauptsächlich wegen der Einwirkung der Bacteriengifte, die das Myocardium und dessen Innervation zu paralysiren trachten. Unter solchen Bedingungen braucht das Herz, gleichsam um eine Autocompensation herzustellen, seine ganze Reservekraft oder wenigstens einen Theil derselben auf.

Begreiflich sind die Folgen der Herzinsufficienz mehr ausgesprochen, wenn dieses Organ an einer Affection des Klappenapparates oder des Myocardiums oder Pericardiums erkrankt ist, oder wenn die Pneumonie ein Individuum befällt, das an nervöser Erschöpfung leidet oder mit Arteriosklerose behaftet ist.

Wenn diese letztere, die sich langsam aber ununterbrochen entwickelt, deren Anfänge zuweilen schon in dem ersten Monate nach der Geburt nachweisbar sind und die als eine physiologische Arteriosklerose beschrieben werden könnte, frühzeitig auftritt, so muss der Arzt darauf besondere Rücksicht nehmen bei acuten Krankheiten, namentlich bei der Pneumonie, deren Physiognomie durch eine vorhandene Arteriosklerose modificirt und prognostisch ernster gemacht werden kann. Wenn die Pneumonie ein bejahrtes Individuum oder einen an den Arterien kranken Menschen befällt, der infolgedessen Symptome grosser Herzschwäche darbietet, so wiederhole ich mit SEMMOLA, dass in diesem Falle die Krankheit in der Lunge ist, die Gefahr jedoch im Herzen liegt, und ich bestehe mehr als je darauf, dass die Therapie vor Allem auf dieses Organ ihr Augenmerk richten müsse.

Eines der besten Mittel um die allgemeinen Kräfte und die Energie des Herzens bei der Pneumonie aufrecht zu erhalten, ist der Alkohol.

Ich unterlasse es hier, über die Wandlungen zu sprechen, die der Alkohol bei der Behandlung der Pneumonie erfahren hat, seit LOUIS DE TYRONE (1845), der sich desselben als Heilmittel zuerst bediente, bis zu TODD, der ein warmer Fürsprecher gewesen. Nach dem Tode TODD's erfolgte in England die Reaction gegen dessen Methode, aber später kam der Alkohol wieder zu Ehren, und heute wird er von der Mehrzahl der Aerzte wärmstens empfohlen.

Der Wirkungsmechanismus des Alkohols ist jedoch noch nicht klargelegt. GUBLER hält ihn für ein dynamogenes Mittel, das die allgemeinen Kräfte des Nervensystems erregt; BINZ bezeichnet ihn als ein Antithermicum, das durch Einwirkung auf das Protoplasma der Zellen deren Stoffwechsel herabsetzt; ROQUIN sieht in dem Alkohol ein Mittel, das sich der organischen Desintegration entgegensetzt; ein grosser Theil der Pharmakologen und Therapeuten hält ihn für ein respiratorisches Nahrungsmittel.

Wahr ist es, dass der Alkohol, indem er sich rasch oxydirt, die organische Desintegration aufhält, aber er wirkt, hauptsächlich als diffusives Excitans und als ein dem Organismus homogenes Mittel, analeptisch, hebt die Körperkräfte und belebt die Organe, die durch die von dem Diplococcus erzeugten Gifte bedroht erscheinen; er hält also die organische Thätigkeit der Ausscheidung von toxischen Prinzipien rege. Ich denke, dass eben nur dieser eliminatorischen Thätigkeit die wohlthätige Wirkung des Alkohols bei der Pneumonie zuzuschreiben sei.

Der Alkohol wirkt nicht bei der Pneumonie durch einen spezifischen Einfluss, den ich nicht zu begreifen vermag, auch nicht dadurch, dass er in der Dosis, die man anwendet, die Temperatur erniedrigt, indem er die organische Abnützung hintanhält, denn wenn auch durch die Anwendung des Alkohols ein Temperaturabfall (minimalen Grades) stattfindet, so muss diese Thatsache, wie dies TAMBURINI nachgewiesen hat, weniger in dem Einflusse auf den Oxydationsprozess, als in der Einwirkung auf das Nervensystem, das durch die vasomotorischen und thermischen Nerven die Produktion und die Vertheilung der thierischen Wärme regelt, gesucht werden.

Man muss den Alkohol in jedem Falle von Pneumonie verschreiben, und es darf nicht behauptet werden, dass diese, als cyklische Krankheit, in den gewöhnlichen Fällen durch die einfache Hygiene und eine geeignete Diätetik der Resolution zugeführt werden könne. Es genügt in die Statistik JACCOUD's, aus welcher erhellt, dass die exspectative Behandlung viel geringeren Erfolg als die alkoholische Behandlung sichert, Einsicht zu nehmen, um sich zu überzeugen, wie gross der Nutzen des Alkohols ist.

Man verschreibt den Alkohol nach folgendem Recepte:

Rp. Alcohol aethyl. puriss. 50·00
Aquae 500·00
Syr. cort. aurant. 30·00
DS. Löffelweise binnen 24 Stunden zu nehmen.

Täglich wird die Menge des Alkohols um 5 bis 10 *gr* erhöht und man geht bis zur Maximaldosis von 100 bis 120 *gr* hinauf. Nach erfolgter Krisis wird die Gabe allmälig vermindert, niemals darf man aber mit der Darreichung des Medikamentes plötzlich aussetzen. Die oben angegebene Alkoholmenge ist die mittlere Dosis. Je nach Alter, Geschlecht, Gewohnheiten etc. muss eine grössere oder geringere Dosis verschrieben werden. Statt des puren Alkohols kann man Wein, Cognac, Rhum, etc. verwenden.

Als unterstützende Mittel der Alkoholbehandlung kann man, wenn der Kräfteverfall ein sehr grosser ist, viele andere excitirende Arzneisubstanzen anwenden, wie z. B. Baldrian, Arnica, Serpentaria, Kampher u. s. w., die jedoch nur bei absolutem Bedürfnisse und mit grösster Vorsicht verabreicht werden sollen, da sie ganz und gar nicht neue Nervenkraft hervorrufen und sogar später die Gefahr einer noch grösseren nervösen Erschöpfung veranlassen können.

In den mit schwerer Herzaffektion komplizirten Fällen wird man zu den Digitalinkörnern HOMOLLE's und QUEVENNE's, oder zum Infusum Adonis greifen, nur ausnahmweise zur Tinctura Strophanti, da Strophantus ein ziemlich gefährliches myocardiocynetisches Mittel ist. Ganz kleine Dosen, z. B. 4 bis 6 Tropfen, sind zwar ganz ungefährlich, sie sind aber auch völlig unwirksam.

Eine besondere Erwähnung verdienen das Chinin nnd das Coffeïn.

Das Chinin in kleineren Gaben hat eine tonische Wirkung auf das Herz, und regt eigentlich die Diastole an, worauf eine Steigerung der Stärke des systolischen Impulses folgt. Demnach äussert sich eine wohlthätige Wirkung auf den Lungenkreislauf nicht nur in Folge einer stärkeren systolischen Zusammenziehung, sondern auch in Folge einer grösseren Aspiration von Blut aus der Lunge während der Diastole. Zu diesem Zwecke wird das Chinin (die hypodermatische Injektion ist der Darreichung per os vorzuziehen) in der Dosis von 20 bis 40 Centigramm in den 24 Stunden verabreicht. Wenn man das Chininvalerianat verschreibt, welches mit der Wirkung der Base jene der Baldriansäure als excitirendes Mittel verbindet, so muss dieses Salz per os verabreicht werden, da es sich, wegen seiner sehr geringen Löslichkeit, zu subkutanen Injektionen nicht eignet.

In Fällen von Herzadynamie in Folge der Lungenentzündung verdient das Coffeïn in starken Gaben den Vorzug. Wie

Semmola nachgewiesen hat, regt dieses Mittel einerseits und hauptsächlich die bulbäre Herzinnervation an, andererseits das Myocardium, wodurch es indirect und direct dazu beiträgt die Energie der Systole zu heben. Indem es ferner eine aktive Dilatation der kleinen Arterien veranlasst, setzt es den arteriellen Blutdruck herab und erleichtert den Abfluss des Blutes aus der Lunge. Die beste Art der Darreichung des Coffeïns ist die hypodermatische. In Verbindung mit Natrium benzoicum oder salicylicum löst sich das Coffeïn in destillirtem Wasser sehr gut auf, indem es sich darin zu einem Doppelsalz umwandelt. Die beste Verschreibungsweise ist die folgende:

Rp. Coffeïni puri 2·00
Natr. Benz. 2·00
Aq. dest. 8·00

DS. Zu Einspritzungen unter die Haut. 2 bis 4 Einspritzungen täglich.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass bei drohender Herz-Lungenlähmung das Strychnin, hypodermatisch in Dosen von 2 bis 3 Milligramm täglich angewendet, von sehr grossem Nutzen ist. Baccelli und Maragliano sprechen sich über die Wirksamkeit dieses Mittels sehr lobend aus.

(Fortsetzung folgt.)

Ethisches aus der Praxis Anderer.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Immer mehr beginnen die Vertreter der exacten Wissenschaft die generative Thätigkeit des Weibes vom socialhygienischen Standpunkte aus zu betrachten.

Zu den obigen kühnen Männern gesellt sich in neuester Zeit der bekannte Döderlein zu Leipzig.

In der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig (Sitzung vom 15. Mai 1893) trug Döderlein eine Krankengeschichte vor über «gonorrhoische Salpingitis.»

Die 35 Jahre alte Patientin hatte in 10 Jahren und 9 Schwangerschaften 8 ausgetragene Kinder geboren, bei einem Manne, der angeblich vor der Heirath lang an Gonorrhoe gelitten. Letztere hatte also nicht den geringsten Einfluss auf die Fruchtbarkeit des Weibes ausgeübt. Während des letzten neunten Wochenbettes im Januar 1893 acquirirte der Mann eine neue Gonorrhoe, womit er seine Frau Ende Februar, also 6 Wochen post puerperium, inficirte. Anfang März traten Schmerzen im Leib auf, die sich immer mehr steigerten. Erste Beobachtung am 21. März. Behandlung erfolglos; am 4.—5. April Untersuchung in Narcose; rechte Tube hart, fingerdick, hochstehend, der vorderen Beckenwand anhaftend, rechtes Ovarium nicht vergrössert, linkes Ovarium hühnereigrosser cystischer Tumor, linke Tube schlank, beweglich.

Laparotomie am 15. April. Eine Dünndarmschlinge der rechten adhärenten Tube ziemlich fest, flächenhaft anhaftend; wahrscheinlich entstanden durch eine schwere Peritonitis nach der sechsten Geburt im Jahre 1888. Im linken Ovarium eine Blutcyste. Linke Tube anscheinend gesund, fehlerfrei, aus der Tube kein Inhalt ausdrückbar.

«Da sich an der entfernten rechten Tube etwas Eiter vorfand und die Frau schon mit Nachkommenschaft reichlich gesegnet war, nahm Döderlein die linke Tube auch mit fort, wäre aber die Erhaltung der Conceptionsfähigkeit sonst erwünscht gewesen, hätte er gewiss die linke Tube so wie das rechte Ovarium zurückgelassen.»

Döderlein erwähnt das Letztere mit Nachdruck, da ja mit vollem Rechte gerade bei der Exstirpation der erkrankten Adnexe auf die Erhaltung der Fortpflanzungsfähigkeit besonders Gewicht gelegt wird, die aber hier trotz des anscheinend gesunden Zustandes der linken Tube wohl zu üblem Ausgang Anlass gewesen wäre. (Bei der nachherigen mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die linke Tube zwar vollständig gesund, nirgendwo Pathologisches an derselben zu finden war, dass aber die Schleimhaut von Gonococcen wimmelte; dass also die Aussicht auf Erkrankung auch dieses Organes unbedingt vorhanden war. Döderlein plaidirt also für Entfernung beider Tuben, wenn auch nur eine sollte pathologisch verändert erscheinen.)

Das Wesentliche nun in Bezug auf die Proliferation des Weibes, was Döderlein als massgebend für die Entfernung auch der zweiten Tube ansah, war das, dass nach seiner Einsicht die Frau schon reichlich ihre Pflicht gethan, sie schon Nachkommenschaft genug hatte, die Conceptionsfähigkeit also nicht mehr erwünscht war.

Dieser Punkt ist bis vor wenigen Jahren noch niemals von den Aerzten realiter zu betrachten gewagt; immer mehr und mehr aber bequemt sich die Wissenschaft dazu, die socialen — die hygienischen Nebenverhältnisse der kranken Frauen wesentlich für ihr Handeln mit in Betracht zu ziehen, sich von überlebten religiösen, respektive alttestamentarischen Vorstellungen: dass man eine Frau **überhaupt** nicht unfruchtbar machen dürfe loszusagen.

Das ist der wissenschaftliche Fortschritt des letzten Decenniums, dass man die sociale Stellung der Frau um etliche Grade höher stellt, dass ihr Leben, wo es in Frage kommt, uns zunächst als das Heiligste erscheinen solle, wäre es auch auf Kosten ihres Weltberufes (der Erhaltung der Gattung), denn mit Rücksicht auf ihre bereits geborenen Kinder ist ihr Leben einfach unersetzlich!

Die zarten Fäden, welche mit der steigenden Cultur, zwischen Mutter und Kind sich immer inniger gestalten, verursachen durch deren Zerreissung einen viel grösseren unheilbarenen Riss, als vor Zeiten, wo die Erziehung der Kinder lediglich eine Fütterungsaufgabe war, die jede zu verrichten vermochte, und wenn die bisherige durch den Tod daran verhindert wurde, leicht eine andere Sclavin zu demselben Zweck wiedergefunden wurde!

Dass sich hinterher bei der mikroskopischen Untersuchung die Nothwendigkeit der Ablatio Tubae noch einmal zeigte, änderte an dem Plan Döderlein's nichts; er hat nur einen doppelten Grund für sein Verfahren gefunden, in erster Linie den ethisch-prophylactischen, in zweiter den physisch-therapeutischen Grund.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

Unter dem Eindrucke der Forschungen von Glisson und Haller und unter dem mächtigen Einflusse des ersten wirklich wissenschaftlichen Systems in der Medicin von Brown war man schon gegen Ende des vorigen Jahrhunderts dahin gekommen, das «Wesen» der Krankheiten von den Krankheits-«Reizen» zu trennen und in den specifischen Qualitäten der letzteren den Grund für die Unterschiede der Krankheiten zu vermuthen.

Mit dem neuen Begriffe der «Reizbarkeit» stellte sich das Bedürfniss nach einer neuen Bezeichungsweise ein, die durch Haller, Reil, Joh. Müller, gegeben wurde. Auch Henle, Lotze und Virchow nahmen diese Terminologie fast ohne Aenderung an, so dass dieselbe für die die medicinische Wissenschaft noch volle Bedeutung hat. Auf einen für den Organismus, das Organ, das Gewebe, das Zellterritorium, für die Zelle äusseren Anstoss, den Reiz (irritans, irritamentum, incitamentum) tritt in dem getroffenen Gebilde je nach der Einrichtung desselben (summarisch als Irritabilitas, Excitabilitas oder Incitabilitas bezeichnet) eine Bewegung ein. Dieselbe äussert sich für unsere Wahrnehmung als eine Thätigkeit (actio, reactio) und die Veränderung führt zu einer neuen Lage, dem Reizzustande (irritatio, incitatio). Geht der Reiz

jedoch über ein gewisses Maas hinaus, auf welches das Gebilde durch Vererbung und Anpassung eingestellt ist, so wird der äussere Reiz zu einer Krankheitsursache (causa externa, movens) und das Gebilde «leidet» (passio) und es erfolgt je nach dem Grade der Einwirkung eine Störung (laesio), Lähmung (paralysis) oder theilweiser und vollständiger Tod (necrobiosis, necrosis).

Nun beobachtete man, dass derselbe Reiz auf verschiedene Organe verschiedenartig einwirken konnte und musste deshalb aus dem verschiedenen Verhalten auf Verschiedenheiten der inneren Zustände der vom Reize getroffenen Gebilde schliessen. So kam man zum Begriffe der physiologischen und pathologischen Disposition oder Prädisposition, der Krankheitsanlage, der krankhaften Schwäche und im entgegengesetzten Falle der Immunität oder Seuchenfestigkeit. Diese Momente waren aber den grundsätzlich äusseren Reizen und den äusseren Krankheitsursachen gegenüber innere Krankheitsursachen (causa interna, vera, sufficiens, proxima, prima princeps.)

Im schroffen Gegensatze zu der ersten Ansicht, nach welcher die Qualitäten der Reize und äusseren Krankheitsursachen den Character, das «Wesen» der Krankheit allein bestimmen, diese äusseren Ursachen also wahre und ausreichende sein sollen, wird nach der zweiten Ansicht der Character, das «Wesen» der Krankheit von inneren Ursachen allein bestimmt.

Inhaltlich zeigt der Gegensatz beider Auffassungen das Ringen des LICHTENBERG'schen «Ursachenthiers» nach bestimmten Begriffen, die man mit dem Wort Ursache, causa, zu verbinden hat. Ursachen sind aber zunächst nichts weiter als die unerlässlichen Bedingungen eines Erfolges oder auch diejenigen Dinge, aus deren Wechselwirkung ein Erfolg hervorgeht. In diesem Sinne entspricht die erste Auffassung der alten volksthümlichen Idee, nach welcher gleiche Ursachen stets gleiche, verschiedenartige Ursachen stets verschiedenartige Wirkungen hervorbringen, nach der aber auch kleinste Ursachen grösste Wirkungen ermöglichen, nach der also Ursache und Wirkung nicht nothwendig adäquat oder äquivalent sind. Die zweite Auffassung, die viel jünger ist, stellte sich erst mit dem Aufblühen der Naturwissenschaften und den durch dieselben gezeitigten erkenntnisstheoretischen Untersuchungen über das Causalproblem ein. Diese Auffassung, nach der gleiche Ursachen unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Wirkungen haben, deckt sich, wie ich später zeigen werde, für die Krankheitsgenese mit der Ansicht von der Identität oder Aequivalenz von Ursache und Wirkung. Auf jeden Fall verbindet man mit dem Worte Ursache thatsächlich diesen Doppelsinn.

Während in den exacten Wissenschaften eine Klärung wenigstens sachlich angebahnt, wenn auch noch lange nicht überall formell durchgeführt ist, in den letzten Jahren sogar vielfache Untersuchungen über Energetik dies Problem von neuem aufgenommen haben, lebte in der Pathologie der Gegensatz unter dem Einflusse der parasitären Theorie der Infektionskrankheiten wieder auf, insofern als die Mikroparasiten als die wahren Ursachen dieser Krankheiten, als deren «Wesen» ermittelt schienen. An dieser Erscheinung ändert es auch gar nichts, dass viele Pathologen die inneren Ursachen als «Wesen» der Infektionskrankheiten von den äusseren trennten, die allein kurzweg als Ursachen bezeichnet wurden. Statt wirkliche Klärung zu bringen, haben im Gegentheil diese Trennungsversuche nur weitere Unklarheiten gebracht. Die Idee, dass wir das «Wesen» der Krankheiten ergründen können, ist ein trostloser Rest der in den exacten Wissenschaften meist glücklich überwundenen Ontologie. Einem anderen, von Zeit zu Zeit aufgegewärmten Rest der Ontologie begegnen wir in den Versuchen, die Krankheiten selbst als Species aufzufassen, wie dies zuerst SYDENHAM gethan hatte.

Wenn man in der Medicin so hartnäckig an diesen Dingen festgehalten hat, so dürfte dies wohl zum Theil daher rühren, dass bei dem Absolviren des Brodstudiums die allgemeine naturwissenschaftliche und begriffskritische Bildung der meisten Aerzte zu kurz gekommen ist und noch kommt. Für die nach weiterer Erkenntniss Ringenden dürfte aber wohl auch der Umstand in Betracht kommen, dass LOTZE, der Philosoph unter den Pathologen, der zuerst die Pathologie als mechanische Naturwissenschaft darzustellen suchte und dadurch direct und indirect grossen Einfluss auf viele Generationen von Aerzten gewann, als Philosoph sich nie vom ontologischen Auffassungen frei zu machen vermochte.

Die Bezeichnungen an sich würde man noch ruhig hinnehmen können. Jede Periode hat nach dieser Hinsicht ihre besondere Färbung, die die Periode meist überlebt. Zur Zeit der KEPPLER, GALILEI, NEWTON war dieselbe sogar theologisch, im vorigen Jahrhundert suchte EULER die Physik teleologisch, darzustellen, dann wurde die Auffassung wieder naiv-ontologisch, ist jetzt mehr mechanisch und dürfte wahrscheinlich monistisch werden und daneben haben wir sogar in einer etwas sonderbaren fin de siécle-Literatur, besonders in der Entwickelungsgeschichte, auch jetzt wieder mit teleologischen und sogar mit theologischen Formulirungen zu rechnen.

Aber es kann keinem Zweifel unterliegen, dass inhaltlich für die moderne Zellular-Pathologie die kranke Zelle ein «ens morbi» geblieben ist und diese VIRCHOW'sche Auffassung ist ebenso unzweideutige Ontologie, wie die von VIRCHOW bekämpfte Auffassung von SYDENHAM, das die Krankheiten Species sind.

Es ist ein schlechter Trost, zu sehen, dass es auch in den exacten Wissenschaften und in der Begriffskritik lange gedauert hat, bis man sich von der Idee frei machte, dass man das Wesen der Dinge begreifen könne. Erst die Untersuchungen von SPINOZA, besonders aber von LOCKE, HUME, KANT haben uns in der Erkenntnisstheorie, FARADAY und J. R. MAYER in den exacten Wissenschaften, REIL und Joh. MÜLLER in der Physiologie von dieser Idee zu befreien begonnen. Und doch sehen wir, dass selbst Exacteste der Exacten, wie HELMHOLTZ, im Ausdrucke fort und fort schwanken und das Wort «Ursache» bald in dem einen, bald im andern Sinne anwenden, also ganz verschiedene Begriffe damit verbinden. Für weniger Sattelfeste, die im Ausdrucke auch eine Anweisung, ein Recept zum Denken nöthig haben, wird aber ein solches Schwanken im Ausdrucke leicht verhängnissvoll. Man darf sich aber darüber nicht wundern, da solche Ausdrücke doch erst einmal eindeutig definirt sein müssen. Die Begriffe haben sich erst allmählich entwickelt, geändert, gefestigt und zu verschiedenen Zeiten wurden ganz verschiedene Dinge als selbstverständlich bezeichnet.

Die Entwickelung des Causalbegriffes lehrt, dass die Stammeserfahrung, die uns in kurzen Schlagworten und Handlungen überliefert wird, dass die durch die Sinne und Muskelbewegungen vermittelte innere, scheinbar unbewusste Eigenerfahrung einen wesentlichen Antheil an der Bildung der Causal-Urtheile haben und diese Erfahrungen mussten eben erst gewonnen und zu bestimmten Begriffen ausgebildet werden.

Dass das Causalgesetz in diesem allgemeinen Sinne ein rein transcendentales und a priori gegebenes sei, hat KANT behauptet. Wenn aber die Metamathematiker versuchen konnten zu beweisen, dass die mathematischen Axiome nicht einfach a priori gegeben sind, so darf man im Zeitalter von BAER und DARWIN wohl auch darauf aufmerksam machen, dass dem phylosophisch grübelnden Culturmenschen tausende von Stammeserfahrungen unbewusst zu Gebote stehen, die ihm a priori gegeben scheine, die aber die Menschheit aus ihren rohesten Anfängen heraus erst in harten Kämpfen und nach vielen Misserfolgen gewinnen konnte. In diesem Sinne scheint mir HUME, der hierin von KANT gründlichst missverstanden wurde, naturwissenschaftlich viel richtiger gedacht zu haben, wenn er das Causalgesetz durch die Beziehungen unseres Willens zu den Bewegungen gegeben auffasst und damit die inneren Erfahrungen wie es STRICKER nennt, zu ihrem Rechte kommen lässt. Diese inneren Erfahrungen, sind aber durchaus nicht einfach a priori gegeben, sondern zum Theil individuell erworben, zum Theil Stammeserfahrungen, die sich bei der Bildung des Causalgesetzes nicht verleugnen. Geht man von der allgemeinen Begreifbarkeit der Welt zur Bildung eines einzelnen Causal-Urtheils über, so ist die Erfahrung unerlässlich und HUME sagte sehr richtig: «Da ist ohne Erfahrung trotz allen Scharfsinnes unmöglich, voraus zu sagen, welche Folgen ein Ereigniss haben werde», eine Auffassung, der sich auch KANT nicht entziehen konnte. Der Philosoph ist den Thatsachen gegenüber so gut Empirist wie der Naturforscher.

Der Causalbegriff sagt demnach zunächst gar nichts weiter aus, als die nothwendige Verknüpfung zweier aufeinander folgender Erscheinungen, nichts als die Abhängigkeit der Erscheinungen von

einander, nichts als die Begreifbarkeit der Natur. In dieser Abhängigkeit ist vielleicht, aber zunächst und a priori nicht nothwendig, auch der Identitätsbegriff enthalten.

Wie hat man nun die Beziehung, in welche im Causal-Urtheil die Begriffe concreter Ursachen und Wirkungen zu bringen sind, thatsächlich dargestellt? Nach der Darstellung, die KANT gegeben hat und über welche die Erkenntnisstheorie als Begriffskritik weder inhaltlich noch formell hinausgekommen ist, gehören zu jedem Vorgang, zu jeder Zustandsänderung ein Gegenwärtiges, welches den Vorgang bewirkt und welches deshalb als eigentliche «wirkende» Ursache aufzulassen ist. Hiervon wird unterschieden ein der Zustandsänderung Vorhergehendes, welches den Eintritt des Vorganges ermöglicht und welches als Gelegenheits-Ursache aufzufassen ist. Der Doppelsinn des Wortes Ursache wird damit nicht zweifellos beseitigt.

Der Mangel an wirklicher Erfahrung in der Bildung concreter Causal-Urtheile macht sich in diesen unklaren Darstellungen, die bei SCHOPENHAUER, der nach dieser Hinsicht allein über KANT hinauszukommen suchte, noch ausserdem in der Anwendung fortwährend schwanken, geltend und lässt die medicinischen Darstellungen über Aetiologie formell als geradezu mustergiltig durchgebildet erscheinen. Noch war aber kein Versuch gemacht, die Ursache eindeutig zu definiren. Dies hat zuerst ein Physiologe REIL 1796/98, versucht.

Allerdings war schon für John TOLAND 1704, nach BERTHOLD's Ermittelungen, die Action, d. h. was wir heute Energie nennen, eine nothwendige Eigenschaft aller Materie und für ihn ist mit dem Stoffe auch die Energie gegeben. Im selben Sinne äussert sich nun REIL: «Die Materie, aus welcher das Organ besteht, ihre Form und Mischung enthalten den Grund aller Erscheinungen derselben; daher müssen auch seine Kräfte sich unmittelbar in ihm selbst befinden» und weiter: «Die eigenthümliche Natur derjenigen Materie, aus welcher die thierischen Körper bestehen, enthält den vorzüglichsten Grund ihrer eigenthümlichen Erscheinungen .... die Materie selbst als solche ist die Ursache dieser Phänomene.» Ich wurde auf diese geradezu grundlegenden, von einigen früheren Physiologen, wie RUDOLPHI, später auch von VIRCHOW theilwsise gewürdigten Anschauungen dadurch hingewiesen, dass Johannes MÜLLER noch 1844 in der Einleitung zu der vierten und letzten Auflage seiner Physiologie sich zur Rettung der «Lebenskraft» ganz besonders gegen REIL wendete.

Bei REIL ist zum ersten Mal, zunächst allerdings mit besonderer Rücksicht auf das Organische, scharf ausgesprochen, dass als Ursache oder prima res nur das hinter dem Wechsel der Erscheinungen stehende Gleichbleibende zu verstehen ist.

Hatte schon TOLAND Ursache und Wirkung streng monistisch in einem Begriffe gedacht, so liegt für unsere jetzige Auffassung der Verhältnisse in REIL's Darlegung zum ersten Mal ein Protest gegen den KANT vertretenen Dualismus vor. Während KANT im Gebiete der Anorganischen streng mechanisch dachte, nahm er im organischen Gebiete Zweckursachen zu Hilfe. Dem gegenüber scheint die Auffassung von REIL streng monistisch und für Anorganisches und Organisches giltig.

Den nächsten Fortschritt brachte JOHANNES MÜLLER 1826 durch das Gesetz von der specifischen Energie der Sinne, für welche sich bei KEPPLER, DESCARTES und besonders bei HALLER schon wichtige Vorarbeiten finden. Das schon von ARISTOTELES verwerthete Wort Energie war wohl zuerst von GALILEI im mechanischen Sinne angewendet worden, besonders um eine bestimmte Seite der Kraftbegriffes, die Wirkung gegenüber der Fähigkeit zu wirken (δυναμις), schärfer zu betonen. In ähnlicher Weise hatten sich auch spätere Physiker und Mathematiker des Wortes bedient. Im Anschlusse an MÜLLER hat HELMHOLTZ 1850 die mechanischen Aeusserungen der Muskelthätigkeit als Energie des Muskels bezeichnet. Im modernen umfassenden Sinne des Gesetzes von der Erhaltung der Energie wurde dieses Wort zuerst 1852 von THOMSON gebraucht und von RANKINE 1853 die Bezeichnung potentielle und actuelle Energie eingeführt. Gerade deshalb ist es so interessant, dass JOHANNES MÜLLER zum ersten Mal und lange vorher das Wort Energie in einem Sinne verwendete, der dem jetzigen der potentiellen Energie gleich ist und damit zugleich zeigt, dass die Grundvorstellungen der Energetik auch in der Psychologie Geltung gewinnen müssen. SPINOZA, besonders die schottische Schule durch LOCKE und HUME, und von den deutschen Philosophen der der letzteren nach Abstammung und Auffassung nächst verwandte Kant und von Physiologen besonders HALLER und REIL haben schon vor MÜLLER ermittelt, dass wir das eigentliche Wesen der Substanz, das «Ding an sich» nicht zu erkennen vermögen. Unser Erkennen ist bedingt durch die besondere Organisation unseres Centralnervenapparates und der Sinneswerkzeuge. Wir vermögen nur die Erscheinungen zu begreifen, welche uns die persönliche und Stammeserfahrung von der Aussenwelt übermittelt. In anderen Worten unsere Erkenntniss bleibt stets subjectiver Natur. Wenn wir nun mit HELMHOLTZ den grundsätzlichen Unterschied der verschiedenen Sinne, also z. B. den Unterschied zwischen Sehen und Hören, als Modus der Empfindung, den Unterschied zwischen Empfindungen, die demselben Sinne angehören, z. B. zwischen verschiedenen Farbenempfindungen, als Unterschied der Qualität bezeichnen, so hat MÜLLER ermittelt, dass der Modus der Empfindung nur abhängig ist von der Verschiedenheit der Sinnesorgane, während innerhalb des Qualitätenkreises jedes einzelnen Sinnes nach HELMHOLTZ «die Art des einwirkenden Objectes die Qualität der erzeugten Empfindung wenigstens mitbestimmt.» Von Philosophen hat sich SCHOPENHAUER diesen Ermittelungen am meisten genähert, ohne aber auch nur annäherd die Schärfe von MÜLLER zu erreichen. Diese «specifische» Energie der Sinne ist hiernach ein «Urphänomen der inneren Anschauung», wie FICK es ausdrückt, oder die prima res, die Ur-Sache der verschiedenen Arten des Empfindens liegt nur in den inneren Einrichtuugen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Studien zur Cholerafrage.

Aus dem Institute für experimentelle Pathologie in Wien.

Herausgegeben von **S. Stricker.**

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Nicht geringes Interesse erregten seinerzeit die Versuche, die PETTENKOFER und EMMERICH mit den Kommabacillen an sich selbst anstellten. Aus diesen zwei Fällen liess sich aber in Bezug auf die ätiologische Bedeutung der Kommabacillen in keiner Richtung hin etwas Positives aussagen. Nur an der Hand einer grösseren Reihe von Versuchen, die an verschiedenen Individuen anzustellen wären, könnte die Frage, ob die bis jetzt als unerschüttert gegoltene Lehre KOCH's thatsächlich zu Recht bestehen kann, mit besserem Erfolge diskutirt werden — eine Aufgabe, deren enorme Bedeutung wohl Jedermann zur Genüge einleuchten muss.

Ohne jede Voreingenommenheit, geradezu von der Annahme ausgehend, dass «die Behauptungen KOCH's und seiner Schule unwandelbar feststehen» (HASTERLIK p. 8) veranlasste nun STRICKER in seinem Institute eine Reihe von Versuchen an Menschen mit den Kommabacillen. Der Bericht über die Letzteren liegt nun in einer separaten Publikation vor, die einige Aufsätze von STRICKER sowie die Protokolle der Versuche von P. HASTERLIK enthält.

Im «Vorworte», welches eine moralische Rechtfertigung der vorgenommenen Versuche enthält, weist STRICKER darauf hin, dass der Ausspruch LÖFFLER's nach dem Bekanntwerden der Versuche von PETTENKOFER und EMMERICH: «Hätte eine grössere Zahl beliebiger Personen den gleichen Versuch gemacht, so würden voraussichtlich auch einige Erkrankungen mit schweren Erscheinungen und tödtlichem Ausgang zur Beobachtung gelangt sein,» in dem wissenschaftlichen Thatbestande nicht begründet sei, nachdem an 6 Individuen 8 Versuche ausgeführt worden sind, ohne dass Cholera, geschweige denn ein letaler Ausgang vorgekommen wäre.

Auf die Umstände zurückkommend, die KOCH zu der Entdeckung der Kommabacillen führten und ihn dieselben als die causa efficiens der Cholera hinzustellen veranlassten, hebt STRICKER einige von KLEIN und GIBBES herrührende Angaben hervor, die, wie es scheint, bis jetzt gar nicht beachtet wurden; die aber

die KOCH'sche Lehre in ein minder günstiges Licht zu stellen geeignet sind.

In einem Tank (in Calcutta), in dessen Nähe die Cholera ausgebrochen war, fand KOCH Kommabacillen. KLEIN und GIBBES hatten ebenfalls Gelegenheit das Wasser dieses Tanks zu untersuchen. Gegen Ende der ersten Novemberwoche ereignete sich in der Umgebung dieses Tanks ein Cholerafall. Am 26. November wurde das Wasser dieses Tanks neuerdings untersucht und darin Kommabacillen gefunden. Trotzdem, dass die Anwohner von diesem Wasser den ausgiebigsten Gebrauch machten, kam kein Cholerafall mehr vor. Das Vorkommen der Kommabacillen in diesem Wasser erklärten KLEIN und GIBBES dadurch, dass die bacillenhaltigen Dejekte der Cholerakranken in das Wasser entleert wurden.

«Hiemit», sagt STRICKER, «ist das erste Beispiel dafür gegeben, dass Kommabacillen von Menschen genossen werden können, ohne jene Folgen zu äussern, die nach den Vermuthungen KOCH's erwartet werden dürften.»

Dieses sozusagen natürliche Experiment muss bei der Beurtheilung der ätiologischen Bedeutung der Kommabacillen besonders schwer in die Wagschale fallen!

Ausserdem wird ja mit den Kommabacillen so viel in den Laboratorien gearbeitet, und doch ist bis jetzt kein Krankheits- und kein Todesfall vorgekommen.

* * *

Die Resultate der 8 Versuche, die an 6 Individuen angestellt worden sind, gestalten sich folgendermassen:

In vier Fällen (Versuch 1, 2, 3 und 7) in denen Kommabacillen ohne Neutralisirung des Magens eingenommen wurden, zeigten sich gar keine krankhaften Erscheinungen und in den Stühlen liessen sich die Kommabacillen nicht nachweisen.

In einem weiteren Falle (Versuch 4), in welchem Neigung zu Diarrhoen bestanden hat, wurden Kommabacillen ebenfalls ohne Neutralisirung des Magens, eingenommen.

Einen Tag nach der Einnahme stellten sich unter Temperatursteigerung Ructus, Kollern im Leibe, Flatus mit unwillkürlichen Stuhlentleerungen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen ein. Am nächsten Tage sinkt allmällig die Temperatur, Kollern geringer, selten Ructus, aber noch häufige Stuhlentleerungen mit Stuhldrang. Allmählig tritt ein relatives Wohlbefinden ein. In den nächsten vier Tagen noch flüssige Stühle, sonst Wohlbefinden.

In den Stühlen wurden Kommabacillen nachgewiesen.

Im fünften Versuche wurden Kommabacillen nach vorheriger Neutralisirung des Magens eingenommen.

Das Befinden und die Defäcation war vollständig normal. Im Stuhle, welcher 28 Stunden nach der Einnahme abgesetzt wurde, liessen sich Kommabacillen nachweisen.

Im sechsten Versuche handelte es sich um eine Person von kräftiger Konstitution, die seit 2 Wochen weiche Stühle hatte. 3 Tage hindurch nach der Einnahme — theils feste, theils flüssige Stühle. Sonst Wohlbefinden. Am 5. Tage einige flüssige Stühle, am 6. Tage drei braune flüssige Stühle, die mit geformten Massen gemischt waren.

Aus dem Stuhle, der 28 Stunden nach der Einnahme erfolgte, konnten Kommabacillen nachgewiesen werden, ebenso in den Stühlen von den vier folgenden Tagen.

Am complicirtesten gestaltete sich der achte Versuch. Unter Temperatursteigerung traten hier heftige Erscheinungen seitens des Magens und des Darmkanals auf. Starker Brechreiz, flüssige, zum Theil unwillkürliche Stuhlabgänge, Mattigkeit, Kopfschmerzen. Die Stühle enthielten Kommabacillen nahezu in Reinkultur. Am dritten Tage trat Wohlbefinden ein, obwohl diarrhoische Stühle noch einige Tage hindurch bestanden haben.

Liest man genau die Krankengeschichten der Versuchspersonen durch, so wird man vergebens nach einem Symptome suchen, welches die Diagnose Cholera ermöglichte.

DRASCHE, einer der trefflichsten Kenner des Cholerabildes, der als Consiliarius bei den Versuchen fungirte, konnte in keinem Falle, also auch nicht im 4. und 8., Cholera diagnosticiren.

* * *

Es folgen dann in der vorliegenden Publikation zwei Aufsätze von STRICKER, die unsere vollste Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen: der eine wegen der ganz neuen naturhistorischen Daten, die darin enthalten sind, der zweite wegen der Ausführungen, die die Frage betreffen, ob die vorgenommenen Versuche einen klinisch ausgesprochenen Cholerafall ergeben haben.

In dem ersten Aufsatze «Colonien und Spaltpilze», sucht STRICKER mit grossem Geschick den Nachweis zu liefern, dass die Spaltpilzcolonien Organismen darstellen, dass sie nicht als Aggregate von Spaltpilzen, sondern als lebende Leiber, als Individuen, von derselben Dignität, wie die Gestalt eines Thieres oder einer Pflanze, aufzufassen sind.

Zu Gunsten dieser Ansicht sprechen;

1. Die sichtbaren inneren Bewegungen, die STRICKER direkt in den Kolonien beobachtet hat.
2. Die Analogie ihrer Structur mit jener der grobgranulirten Blutkörperchen.
3. Das selbstständige Wachsthum und
4. Der Wechsel der Structur in den verschiedenen Entwicklungsphasen.

Die zum Vergleiche beigegebenen, in gelungenster Weise ausgeführten Photogramme von einem weissem Blutkörperchen und von einer Kommabacillenkolonie zeigen in der That eine derart frappante Aehnlichkeit, dass es sich verlohnen würde, in der von STRICKER angebahnten Richtung weiter zu forschen. Vielleicht gelingt es dann für die Systematik der Mikroorganismen neue morphologische Anhaltspunkte zu gewinnen.

* * *

Im zweiten Aufsatze «Zur Diagnose der Cholera» versucht STRICKER festzustellen, ob die zwei schweren Fälle (Versuch 4 und 8) der Cholera asiatica entsprochen haben. Zu diesem Zwecke wirft STRICKER zunächst die Frage auf, welchen Werth die bakteriologische Untersuchung der Dejekte für die ausgeführten Versuche (nicht überhaupt!) hat, mit anderen Worten, lässt sich der bakteriologische Befund in den experimentell erzeugten, aber klinisch nicht als Cholera asiatica diagnosticirbaren Fällen für die Diagnose verwerthen?

Mit scharfer Argumentation weist STRICKER nach, dass die Anwesenheit der Kommabacillen in den Dejekten der Versuchspersonen noch keinen Behelf für die Diagnose Cholera abgeben kann. Ebenso verhält es sich mit den Diarrhöen.

Um die Hauptfrage zu beantworten, d. h. ob die Fälle 4 u. 8 der Cholera entsprochen haben, analysirt STRICKER die Symptomengruppe, die die letztere darbietet.

Vom typischen Gesichtsausdrucke der Cholerakranken war in diesen Fällen nichts wahrzunehmen.

Der Blutleere der Haut, auf die STRICKER ein besonderes Gewicht legt, werden einige theoretische Betrachtungen gewidmet, die in Folgendem bestehen:

Zwischen den Blutgefässen der Haut und den Blutgefässen der Baucheingeweide besteht ein Antagonismus. Wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide verengen, so werden die Blutgefässe der Haut erweitert. Umgekehrt wird die Haut blass und blutleer, wenn sich die Blutgefässe der Baucheingeweide stärker füllen. Mit anderen Worten: 1. Wenn das Blut aus den Baucheingeweiden getrieben wird, strömt es in reicherem Masse der Haut zu (Fieber), 2. wenn das Blut in die Baucheingeweide stürzt, wird die Haut anämisch (Collaps).

Die Cholera entspricht, was die Blutvertheilung betrifft, dem zweiten Zustande.

Die Fälle 4 und 8 sind aber mit Fieber verlaufen, die Haut war hier geröthet und wärmer als in der Norm, Erscheinungen die entschieden gegen Cholera sprechen. Das Ueberwiegen der Dickdarmaffektion, ferner die verfärbten Stühle entsprechen ebenfalls nicht dem Cholerabilde.

«Zum Schlusse, sagt STRICKER, will ich es nicht unterlassen, nachdrücklich zu betonen, dass die Kommabacillen sich thatsächlich als pathogene Organismen erwiesen. Indem sich aber diese Kommabacillen während einer Choleraepidemie reichlich vermehren und daher in mannigfacher Weise der menschlichen Nahrung beigestellt werden können, so ist Gelegenheit gegeben, Diarrhöen und fieberhaft verlaufende Gastrointestinalkrankheit auszulösen.»

«Diese Annahme lässt aber selbstverständlich die Möglichkeit offen, dass d i e s e l b e n O r g a n i s m e n unter gewissen Lebensverhältnissen zu Choleraerregern werden.» *Rdt.*

Kosmetik für Aerzte.

Dargestellt von **Dr. Heinrich Paschkis,**
Docent an der Universität Wien.
Zweite vermehrte Auflage.
Verlag von A l f r e d H ö l d e r. Wien 1893.

Dieses ausgezeichnete Werk, das wir bereits vor Jahren anlässlich seines ersten Erscheinens dem medizinischen Publicum aufs Wärmste empfohlen haben, liegt nun in zweiter Auflage vor. Es verdient seinen Erfolg vollkommen, und derselbe ist noch höher anzuschlagen, wenn man bedenkt, dass der Stoff, den der Autor behandelt, bisher kaum als gleichberechtigt mit verschiedenen anderen Disciplinen der Heilkunde gegolten hat.

Und doch, man kann es ruhig aussprechen, verdient die Kosmetik eine vornehme Stellung unter den übrigen therapeutischen Disciplinen.

Auch Schönheit ist Gesundheit, — das ist vielleicht die einfachste Wahrheit, die uns die Antike hinterlassen hat.

Und nun sehe man einmal, wie leichtsinnig die Leute, und manchmal selbst sehr eitle, im Allgemeinen mit ihrem Aeussern wirthschaften; und man überlege, wie viel nicht nur der Specialarzt, sondern gerade der praktische Arzt, der Hausarzt zu leisten im im Stande sein wird, wenn sich die Ueberzeugung weiterverbreitet, dass auch Fehler der Schönheit Fehler der Gesundheit sind, und dass auch hier, wie in lebenswichtigeren Fällen Prophylaxe und Therapie ihr weites Gebiet finden können.

Und dieses Gebiet wird von PASCHKIS ebenso eingehend als anregend durchgesprochen, und Seite für Seite findet der Leser Ansichten oder Rathschläge, die von allergrösster praktischer Bedeutung sind.

Das Buch von PASCHKIS gehört in jede medizinische Bibliothek, welche auf Vollständigkeit Anspruch macht. In der vorliegenden zweiten Auflage findet sich ein neues interessantes Capitel, das sich mit der Schönheit der Formen beschäftigt.

Die Ausstattung ist die bekannt vornehme des HÖLDER'schen Verlages. *A. S.*

Zeitungsschau.

L. Lewin und H. Goldschmidt: Experimentelle Studien über die Beziehungen zwischen Blase und Harnleiter. — (Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Durch die Erfindung der Kystoskopie ist es heutzutage möglich die Mündung des Ureters zu beobachten und daraus auf die Arbeit desselben Schlüsse zu ziehen.

Normaler Weise zeigt sich, dass die leicht aufgeworfenen Lippen der Harnleitermündung in bestimmten Perioden wulsten und darauf in leichtem Wirbel eine geringe Menge eben secernirten Harnes in die Blase sprudelt. Doch sind die Funktionen des Harnleiters mannigfaltigen Bedingungen und grossen Veränderungen unterworfen.

Die Verfasser suchten vor Allem die Frage, ob ein Rückstrom aus der Blase in den Harnleiter möglich ist und unter welchen Bedingungen er stattfindet, experimentell zu beantworten.

Die anatomischen Verhältnisse scheinen diesen Rückfluss zu erschweren. Die fest geschlossenen Lippen der Mündung, die sich nur periodisch zur Ausstossung des eben secernirten Harnes öffnen, der schwache Verlauf des Endtheils zwischen den Schichten der Blasenwand und endlich die Engigkeit des ganzen Harnleiters, der in der Ruhe einen Strang mit geschlossener Lichtung darstellt.

Verfasser benützten zu ihren Versuchen männliche Kaninchen, die im Kleinen so ziemlich den menschlichen ähnliche Verhältnisse darbieten.

Sie fassen die Ergebnisse dieser Versuche dahin zusammen, dass sowohl bei der Injektion (von Farbstofflösungen oder Milch) in die Blase als bei künstlicher Urinretention (durch Ligatur der Urethra) «spontan und akut eine rückläufige Bewegung des Blaseninhaltes zu Stande kommen kann; stets hat man es dabei mit einer aktiven, kontraktionsfähigen Blase zu thun, deren Muskulatur nicht überdehnt ist, die demzufolge nicht gross zu sein braucht.»

Die Folgen des Eindringens von Flüssigkeit in den Harnleiter waren entweder krampfhafte Bewegungen desselben mit hin- und herschwanken der Flüssigkeitssäule oder dauernde Aufblähung in Folge von Verlust der Kontraktionskraft, Lähmung des Ureters.

Zur Erklärung dieser Rückstauung des Harnes in den Ureter muss man annehmen, dass die Uretermündung sich unter bestimmten, noch nicht näher gekannten Umständen primär öffnet, (da oft die stärkste Ausdehnung der Blase durch Injektion nicht im Stande ist diese Eröffnung zu bewirken) und dass dann theils in Folge der Luftleere des Harnleiters Flüssigkeit aus der Blase hinaufgesaugt wird.

Wenn man diese Beobachtungen auf die Verhältnisse beim Menschen überträgt, so zeigt sich, dass zahlreiche Abflusshindernisse (Stricturen, prostatische Hemmungen, dann akut entstehende Schwellungen namentlich der hinteren Harnröhre, aber auch spastische Zustände, die w. z. B. bei Einführung von Instrumenten, nur momentan wirken) Harnretention und damit Rückstauung bewirken können.

Die Folgen der Rückstauung sind, wie früher erwähnt, krampfhafte Kontraktionen des Ureters, die als Koliken empfunden werden oder bei längerer Dauer der Retention Schwächung der motorischen Funktion und Dilatation des Harnleiters und Nierenbeckens — hydronephrotische Zustände.

Dringen mit dem rückgestauten Harn auch Entzündungserreger ein, so wird Pyelitis und bei instrumenteller Behandlung das sogenannte Katheterfieber entstehen können.

Darum werden wir uns eifrigst bemühen bei jeder Harnretention rasch das Abflusshinderniss zu beseitigen: bei andauernden Nierenkoliken wird unter Umständen die Indikation zur Eröffnung des Nierenbeckens gegeben sein. *B. S.*

Dr. v. Wartraszewski: Beitrag zur Behandlung der chronischen Urethritis. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Bd. XVII., Nr. 4, 1893.)

Die Behandlung chronischer Urethritis beginnt man mit Injectionen einer Argentum nitricum-Lösung (0·01 bis 0·02 : 120·0 2 Mal tägl.), bis die Secretion des vorderen Urethralabschnittes beseitigt oder wenigstens erheblich vermindert ist. Sodann wird bei Betheiligung der Blase diese täglich mittelst weichen Katheters zuerst mittelst lauwarmem (35° C.) destillirten Wasser gereinigt und dann 200—300 *gr* der genannten Lösung in dieselbe injicirt und später vom Patienten spontan entleert. Die anfänglich sich zuweilen einstellende Blasenreizung hört nach einigen Sitzungen auf. Gleichzeitig gibt man innerlich Ol. Terebinth. rectificat., 3 Mal täglich 10 Tropfen, in Milch nach dem Essen. Ist die Blase gesund, dann benutzt Verfasser einen weichen Katheter, in dem das eine Fenster durch eine Reihe kleiner, nebeneinanderstehender Seitenöffnungen ca. 1 *cm* von der Spitze ersetzt ist.

Der Katheter steht mit einer Spritze (100—150 *gr* haltend) in Verbindung. Nach Austreibung der Luft wird der Katheter eingeführt und dann die Spritze langsam entleert. Der Katheter muss so tief eingeführt sein, dass die Flüssigkeit neben ihm abfliesst. Um die hintersten Abschnitte zu treffen, wird die Glans eine Zeit lang komprimirt. Die in die Blase getriebene Flüssigkeit entleert der Patient auf natürlichem Wege. Akute Blasen-, resp. Nebenhodenreizung kommt nur ausnahmsweise vor. Der Katheter darf nicht zu dick sein (15 CHARRIÈRE). Nach 2—3 Wochen täglich wieder-

holter Injectionen sistirt meistens der Ausfluss. Stärkerer Harndrang kommt vor, ist aber nicht von Bedeutung. Als Lösung verwendbar ist vornehmlich auch hier das Agentum nitricum (6 Tropfen einer 10%igen Lösung auf 300·0 Wasser, steigend bis zu 10—15—20 (!) Tropfen). — Wo dieses nicht vertragen wird, sind Tanninlösung (15—20 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser), Zinc. sulfur. (10 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser; allmählich steigen), Acid. carbol. (10 Tropfen der konzentrirten Lösung auf 300·0 Wasser), Kalium permanganicum (10—15 Tropfen einer 25%igen Lösung auf 300·0 Wasser) zu verwenden. — Dieses Verfahren lässt nur sehr selten im Stich. Zuweilen stellt sich eine Hypersekretion der Urethra ein, die an dem spärlichen, durchsichtigen, spezifisch leichten Sekret zu erkennen ist und unter exspektativer Behandlung schwindet; kalte Bäder und Abreibungen befördern das Schwinden.

L. Vaillard: Ueber den Einfluss der Körpersäfte von gegen Tetanus immunisirten Bacillen auf den Tetanusbacillus. (Centralblatt für Klinische Medizin Nr. 34, 1893).

Verfasser gelangt auf Grund einer Reihe von Experimenten zu nachfolgenden Schlussätzen:

1. Das Serum eines tetanusimmunisirten Thieres bildet ein Nährsubstrat, auf dem die Kulturen des Tetanusbacillus eine hohe Virulenz erreichen.

2. Die Säfte des lebenden Thieres beeinflussen das Wachsthum und die pathogenen Eigenschaften der Bacillen in keiner Weise.

3. Die Säfte eines tetanusimmunisirten Thieres haben weder eine tödtende noch eine die Virulenz abschwächende Eigenschaft auf die Tetanuserreger.

Dr. F. Blum, (Frankfurt a. M.): **Der Formaldehyd als Antisepticum.** (Separatabdruck aus der Münchener Med. Wochenschrift Nr. 32, 1893.)

Verfasser folgert aus seinen Versuchen, dass der Formaldehyd selbst in starken Concentrationen nur langsam die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen aufhebt, dass aber schon ganz schwache Lösungen genügen, um die Fäulniss und Fortentwicklung von Pilzen zu verhindern unter allmählicher Abtödtung der Bacterien.

Als Nutzanwendung kann man aus diesen bacteriologisch Untersuchungen folgern, dass der Formaldehyd für die operative Chirurgie nicht verwendbar ist, sich sehr wohl aber zu Dauereinwirkung und Conservirungszwecken eignen kann.

Voraussetzung für eine derartige Anwendung ist eine relative Ungiftigkeit der Substanz. Bei subcutaner Injektion von Formaldehyd liegt nach ARONSON die tödtliche Dosis derjenigen von Carbolsäure nahe (0·24 *gr* Formaldehyd pro *kg*). Per os eingegeben vertragen Kaninchen eine weit grössere Dosis, als von Carbolsäure: Einem ca. 1½ *kg* schweren Kaninchen wurden zunächst 0·6 *gr* und einige Tage darauf 1·2 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·48 *gr* HCHO), in 20 *ccm* Wasser mittelst Sonde in den Magen gegossen. Beide Male frass das Thier einen Tag lang nicht, dann aber verhielt es sich wie vor der Eingabe. Von 2 noch nicht 1 *kg* schweren ganz jungen Kaninchen erhielt das eine 0·5 *gr* und einige Stunden darauf 0·3 *gr* Formaldehyd in Wasser innerlich; das andere erhielt in einer Dosis 1·0 *gr*. Das erste Thier frass einen Tag lang nicht; das zweite ging nach einigen Stunden zu Grunde. Die Section ergab keinerlei besondere Veränderungen. Ein grosser Stallhase erhielt auf einmal 1·5 *gr* Formaldehyd (enthaltend 0·6 HCHO) in 20 *gr* Wasser. Das Thier überstand diesen Eingriff und frass nach 2 Tagen wieder ein Futter.

Die Vergiftungserscheinungen bei innerlicher Darreichung waren lange nicht so stürmische, wie bei subcutaner Application oder wie sie bei Verfütterung von Carbolsäure beobachtet werden konnten: Unsicherheit des Ganges und langsam eintretende Paresen der hinteren Extremitäten blieben neben der Aufhebung der Fresslust die einzigen vorübergehenden Krankheitssymptome.

In den Urin und also wohl auch in den Blutstrom tritt unverändertes Formaldehyd nicht über.

Dr. Carl Dapper: Ueber den Stoffwechsel bei Entfettungscuren. (Zeitschrift für klinische Medizin. 1893.)

Der Verfasser hat unter der Leitung von v. NOORDEN an sich selbst exacte Untersuchungen angestellt, bei denen es gelang bei Schonung des Eiweissbestandes Fettabnahme zu erzielen. Da in drei Versuchsreihen die Resultate bei ein und derselben Versuchsperson sehr variirten und nicht den theoretischen Erwägungen entsprachen, hält Verfasser es für nothwendig, um bei Entfettungscuren vor Eiweissverlusten sicher zu sein, von Zeit zu Zeit Nahrungsausfuhr und Nahrungsaufnahme zu vergleichen.

Das beste Resultat erhielt er, als er bei 98·5 *kg* Körpergewicht eine Nahrung vom Brennwerth von 1600—1900 Calorien einführte, die bestand aus: Eiweiss 150—180 *gr*, Kohlehydrat 70—80 *gr*, Fett 70—80 *gr*, Alkohol 20—50 *gr*, Flüssigkeit 1400 *ccm*. Nach 12tägiger Versuchsdauer resultirte eine Abnahme des Körpergewichtes um 4·3 *kg*. bei einem Eiweissansatz entsprechend 10·19 *gr* N. *R. K.*

Dr. N. William: Versuche über die Verbreitung der Cholerabacillen durch Luftströme. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. XV. 1.)

Verfasser hat in FLÜGGE's Laboratorium Versuche gemacht, um die Möglichkeit der Verbreitung der Cholera durch die Luft resp. den Staub zu studiren. Obwohl Verfasser alle für die Uebertragung der Cholerabacillen durch Luftströme möglicherweise günstigen Bedingungen berücksichtigt hat, gelang ihm doch niemals eine auf die praktischen Verhältnisse übertragbare Luftinfection. Schon durch die einfache Vermischung mit trockenem Staube gingen die Cholerakeime in wenigen Stunden zu Grunde, noch schneller, wenn ein Luftstrom durch den Staub geleitet wurde. Wurde mit Choleracultur getränkter Staub in einem grösseren Luftraum vertheilt, so gelang es nicht lebensfähige Keime aus demselben aufzusaugen. Eine Fortführung lebender Cholerakeime aus einem mit Cholerastaub erfüllten Raume entgegen ihrer Schwere ist Verfasser in keinem Falle geglückt. Nur indem Verfasser mit Cholerabacillen imprägnirten Staub in ein geeignetes Nährsubstrat hineinfallen liess, konnte er einen ganz verschwindenden Bruchtheil der Bacillen lebend erhalten. Die Cholerabacillen sind also nicht im Stande, an in der Luft schwebenden und von der Luft fortbewegten Staubpartikelchen haftend sich eine messbare Zeit auf erheblichen Entfernungen hin lebend zu erhalten. *J. S.*

Bulkley: Tonsillenschanker. (The Times and Register.)

BULKLEY macht auf die Häufigkeit des Schankers an den Tonsillen aufmerksam. In den Krypten haben die Infektionsstoffe Gelegenheit zur Ansiedelung und Vermehrung. Die Charaktere des Primäraffektes sind an der Tonsille dieselben wie an anderen Orten. Besonders die Härte ist charakteristisch. Meist war der Tonsillenschanker durch Tabakpfeifen oder Küsse acquirirt. *F.*

Phediuretin. (American Therapist.)

Phediuretin ist ein neu dargestelltes Phenolderivat. Es bildet feine, weisse, geschmacklose Krystalle, die sich leicht in heissem, schwer in kaltem Wasser lösen. Im Magen wird die Substanz schnell aufgelöst, wie der rasche Uebergang in das Blut beweist. Phediuretin wirkt diuretisch und ist ausserdem ein ausgezeichnetes Mittel gegen Migräne. Die Dosis beträgt zweimal täglich 5—15 *cgr*. Vortheilhaft ist die Darreichung in Kapseln. *F.*

Hadard Morton: Der Einfluss der Sexual-Organe auf Reflex-Neurosen des Auges. — (Medical News LXIII, 8 vom 19. August 1893.)

Ein 32jähriger mit Hypermetropie behafteten Mann, hatte seit Kindheit an schweren asthenopischen Erscheinungen gelitten, die bei Gebrauch von corrigirenden Gläsern nur zum Theile schwanden. Er konnte nicht länger als 2 Minuten lesen, ja das blosse Tageslicht that seinem Auge wehe und verursachte reichliche Secretion von Thränen. Als er sich eine Parophimose, an der er gleichzeitig laborirte, operiren liess, besserten sich seine Augen merklich und nach später ausgeführter Circumcision verschwanden seine Beschwerden vollständig, er war geheilt und arbeitsfähig.

Ein zweiter Fall betrifft einen Knaben, der von einem qualvollen Doppeltsehen gepeinigt wurde. Gläser, Prismen hatten nichts gefruchtet und man war eben entschlossen, an dem Kinde die Tenotomie auszuführen, als man entdeckte, dass es an einer partiellen Anheftung der Vorhaut an die Eichel, dadurch bedingte Retention zersetzten Smegmins und krankhafter Empfindlichkeit des Gliedes litt. Durch einen kleinen Eingriff wurde dieses Uebel behoben und unter einem das Kind von Diplopie radical geheilt.

Zwei andere Beobachtungen betreffen Masturbanten, die an schweren Reizerscheinungen von Seiten ihrer Augen zu leiden hatten; beide wurden nach Einstellung ihrer perversen Geschlechtsbefriedigung geheilt und bei dem einen konnte man sogar eine deutliche Abblassung des früher hyperämisch gewesenen Fundus konstatiren.

Die Betrachtung dieser Fälle führt den Autor zu dem Schlusse, dass patholgische Zustände in den Genitalien auf dem Wege der Reflexcentren im Nervensystem verschiedene Neurosen des Auges hervorufen **können**; da diese bei richtiger Stellung der Diagnose heilbar sind, so empfiehlt Verfasser dieses Kapitel einer eingehenden Würdigung von Seiten der Praktiker. *A. P.*

O. H. Reynolds: Ist die Excision der Sklerose ein zu rechtfertigender Eingriff? (The Amerikan Practitioner and News XVI, 198, vom 29. Juli 1893)

20 Jahre sind vergangen seit SIEGMUND zeigte, dass die rechtzeitig geübte Cauterisation eines Initial-Affektes oft im Stande ist, den Ausbruch der Syphilis zu verhüten; 10 Jahre seit AUSPITZ seine Lehre von der Excisio der Sklerose vorgebracht hat. In Deutschland hat die letzterwähnte Methode rasch Eingang gefunden, während sich die grosse Mehrzahl der französischen Fachmänner ablehnend verhielt und die Angelegenheit recht skeptisch betrachtete.

Auffallend ist es, dass man einer so eminent praktischen Frage relativ so wenig Aufmerksamkeit geschenkt hat, ja selbst Diejenigen, welche die Operation gerne ausführen, sind sich nicht darüber, einig w a n n der Eingriff gemacht werden soll und unter welchen Umständen er vergeblich ist.

Würden die Pathologen die Frage der endgiltig lösen, ob die Sklerose als eine locale Affection oder bereits als Produkt der Syphilis zu deuten ist, dann wäre auch kein Zweifel mehr darüber ob die Excision des harten Schankers eine Berechtigung hat, den nur im ersteren Falle könnte sie mit Erfolg ausgeführt werden.

Da die Operation leicht und gefahrlos ist und z u m m i n d e s t e n einen mächtigen moralischen und psychischen Einfluss auf den Kranken übt, empfiehlt Verfasser deren Ausführung auf das wärmste, jedoch nur zur einer Zeit, wo die Leistendrüsen noch nicht geschwellt sind. *A. P.*

Dario Baldi: Ueber die Wirkung des Arsenik auf den experimentellen Diabetes. (Archivio di farmacologia e terapeutica 1893. Nr. 15 u. 16).

Auf Grund einer Reihe von experimentellen Untersuchungen, bei welchen, nach Ablation des Pancreas beim Hunde, die Wirkung des Arsenik auf den so diabetisch gemachten Organismus studirt wurde, gelangt Professor BALDI zu folgenden Conclusionen: Der Harn der Versuchsthiere enthält kein Aceton. Das Auftreten desselben bei Diabetikern ist sehr unregelmässig, und kann dessen Ursprung nicht aus den bei dem Stoffwechsel nothwendigen biochemischen Vorgängen hergeleitet werden. Das Arsenik hat gar keinen Einfluss auf dessen Bildung oder auf dessen Ausscheidung. Das Arsenik vermindert auch nicht immer die Zuckermenge bei Hunden, denen das Pancreas abgetragen wurde; und wenn eine solche Verminderung stattfindet, so sei selbe auf eine indirecte Wirkung zurückzuführen. Das Vermögen das Zuckermolecül im Organismus zu spalten, komme dem Arsenik nicht zu. *A. D.*

Bonardi: Ueber einen Fall von Akromegalie mit Autopsie (Arch. Ital. di Clin. Med. 1893.)

Verfasser berichtet über einen Fall von Akromegalie, der im Krankenhause zu Lucca bei einem 74jährigen Manne zur Beobachtung kam. Nachdem Verfasser den klinischen Verlauf und den mikrokopischen Befund geschildert, stellt er einige Betrachtungen über den Fall an. Aus der Anamnese ist zu entnehmen, dass väterlicherseits Erblichkeitsmomente bestanden, und dass die Krankheit in frühester Jugend begann und seither langsam aber progressiv sich fort entwickelte.

Betreffs des status präsens hebt Verfasser hervor, wie einzelne Symptome wirklich exceptionell seien und gibt als Stütze hiefür mehrere Maasse an. Verfasser hebt dann insbesondere folgende Symptome hervor: Kyphose des Rückens, gedämpfter Schall am Manubrium sterni, Alteration der Psyche, verbrecherische Anlage, Irritabilität des Charakters.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Falles ergab folgendes: diffuse Endarteriitis, Atrophie und Sclerose der gl. thyroïdea.

Nach absoluter Ausschliessung anderer Krankheitsformen führt BONARDI die Berührungspunkte, die sein Fall mit der osteoarthropathia hypertrophicans pneumica besitzt. Er findet als gemeinsame Zeichen folgende: 1) die ausschliesslich dorsale Kyphose. 2) das beträchtliche Volumen des Radio-Carpalgelenkes und des Tibio-Tarsalgelenkes. 3) die retrosternale Dämpfung.

Die übrigen subjectiven und objectiven Symptome sind jedoch so zahlreich und so charakteristisch für Akromegalie, dass diese Diagnose vollauf gerechtfertigt erscheint. *A D.*

Lucatello (Mailand): **Ueber die dem Kommabacillus ähnlichen Vibrionen.** (Gazzetta degli Ospitali, 14. Sept. 1893).

Bekanntlich hat DUMBAR in Hamburg (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1893, Nr. 3) nach wiederholten bakterioskopischen Untersuchungen des Elbewassers in demselben am 19. Juli d. J. ein Vibrio gefunden, das eine grosse Aehnlichkeit mit dem KOCHschen Kommabacillus zeigte. Durch Züchtungs- und Thierversuche konnte man wesentliche Unterschiede in dem Verhalten beider Vibrionen nicht herausfinden. Trotzdem stellt DUMBAR auf Grund genauerer Untersuchungen die Behauptung auf, dass die von ihm im Elbewasser konstatirten Bacterien von jenen KOCH's, die man aus den Dejecten von Cholerakranken zu isoliren pflegt, verschieden sind.

LUCATELLO bemerkt hiezu, dass es nicht das erste Mal sei, dass im Flusswasser Bacillen gefunden werden, die dem KOCH'schen Kommabacillus gleichen. Er weist diesbezüglich darauf hin, was HERICOURT im Jahre 1884 in Bezug auf das Seinewasser behauptet und was LEONE und OLIVIERI hinsichtlich der Gewässer von Palermo geschrieben haben.

Verfasser selbst hatte vor 8 Jahren Gelegenheit, aus einem Trinkwasser nicht nur einen dem Kommabacillus ähnlichen Mikroorganismus zu isoliren, sondern auch, gestützt auf die damaligen Kenntnisse, die culturellen Eigenschaften desselben zu studiren («Italia Medica» Heft XI—XII, 1885). Und die bakterioskopischen Untersuchungen zeigten, wie gerade heute diejenigen DUMBAR's zeigen, dass zuweilen im Wasser ein dem cholerigenen Vibrio ähnlicher Bacillus vorhanden ist, ohne jedoch mit ersterem identisch zu sein. *A. D.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Dr. Igo Schwarz in Wien ist zum Primararzt und Director des kgl. Allgem. Krankenhauses in Esseg ernannt worden.

— Krakau. Der ausserordentliche Professor Dr. Ladislaus Anton Gluzinski ist zum ordentlichen Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie an der Universität in Krakau ernannt worden.

— Strassburg. Dr. Felix Klemperer hat sich als Privatdocent für interne Medizin und Laryngologie habilitirt.

— Amsterdam. Dr. H. Burger hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie habilitirt.

* 65. Deutsche Naturforscher-Versammlung in Nürnberg. Wie wir bereits berichtet, wurde als nächster Versammlungsort Wien gewählt. Als Geschäftsführer wurden die Professoren Kerner und Exner bestimmt. Das Vermögen der Gesellschaft beläuft sich jetzt auf fast 49.000 Mark. Bei den Neuwahlen in den Vorstand wurde an Stelle Virchow's (der statutenmässig ausscheiden musste) Jolly (Berlin), an Stelle des verstorbenen Prof. Siemens, Prof. v. Lang (Wien) gewählt. Erster Vorsitzender wird im nächsten Jahre Prof. E. v. Suess (Wien), zweiter Prof. v. Ziemssen (München) sein.

* Brüssel. Die für den Königspreis im Betrage 25.000 Fcs. für das Jahr 1897 ausgeschriebene internationale Preisfrage lautet: Vom gesundheitlichen Gesichtspunkte aus die meteorologischen, hydrologischen und geologischen Verhältnisse der Gebiete von Aequatorialafrika auseinandersetzen. Aus dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse in diesen Materien die für diese Gebiete geeigneten diätetischen Grundsätze deduciren und mit geeigneten Beobachtungen das beste Regime in Lebensweise, Ernährung und Arbeit, in Bekleidung und Wohnung bestimmen, um die Gesundheit und Kraft zu erhalten. Die Symptomenlehre und die Ursache der Krankheiten darstellen, welche die Gebiete Aequatorialafrikas charakterisiren und ihre Behandlung in vorbeugender und therapeutischer Hinsicht angeben. Die Grundsätze feststellen in der Wahl und im Gebrauche der Heilmittel, wie in der Errichtung von Krankenhäusern und Sanatorien. Die Bewerber sollen bei ihren wissenschaftlichen Nachforschungen und bei ihren praktischen Schlussfolgerungen besonders die Existenzbedingung der Europäer in den verschiedenen Theilen des Congobeckens berücksichtigen. — Die Arbeiten müssen bis zum 21. December 1896 bei dem Ministerium des Innern in Brüssel eingereicht werden.

* Halle a. S. Die Allgemeine medicinische Central-Zeitung bringt folgende Erklärung: Die am 5. September d. J. in Halle a. S. versammelte Conferenz der deutschen evang. Irrenseelsorger erklärt hiermit einstimmig, veranlasst durch die am 23. Mai d. J. in Frankfurt a. M. gepflogenen Verhandlungen und beschlossenen Thesen des Vereins deutscher Irrenärzte:

1. Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt, als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theoretisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregung zu geben.
2. Auch sie sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind. Zugleich aber hält sie daran fest, dass auch die Geisteskranken auf volle seelsorgerische Pflege Anspruch haben. Die Conferenz enkennt dankbar an, was ärztlicherseits bisher zur Einführung der Seelsorge an Irrenanstalten geschehen und gestattet ist. Sie erstrebt, dass, wo es noch nicht der Fall ist, den berufenen Anstaltsgeistlichen das Recht freier Ausübung der Seelsorge an den Kranken gewährleistet werde.

   Insbesondere erstrebt sie:
   a) dass, soweit irgend thunlich, an grösseren Irrenanstalten ein eigener Hausgeistlicher angestellt,
   b) dass, wo dieses nicht möglich ist, für regelmässigen Gottesdienst, sowie ausreichende seelsorgerische Pflege der Einzelnen Sorge getragen werde,
   c) dass dem Geistlichen grundsätzlich der Zutritt zu allen Kranken freistehe, und eine Einschränkung nur da eintrete, wo es die Rücksicht auf den Zustand des Kranken gebietet.
3. Für die von einzelnen Mitgliedern der Conferenz vorgetragenen theologischen psychologischen oder psychiatrischen Anschauungen ist die Conferenz als solche keineswegs verantwortlich. Sie hat über solche Anschauungen auch nie Beschlüsse gefasst. Sie überlässt es den in den Thesen der deutschen Irrenärzte angegriffenen Personen, Anstalten und Corporationen ihre Anschauungen zu vertreten.
4. Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den Streit, erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgabe ebenso auf deren Unterstützung wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens sich zur Pflicht macht.

(In der Nummer 24 unseres Blattes brachten wir die in Frankfurt a. M. aufgestellten Thesen, auf welche hier hingewiesen wird.)

* Oeffentliche Preise höheren Betrages hat die medizinische Akademie in Madrid für die Jahre 1894 und 95 ausgeschrieben, und zwar folgende:

I. Akademischer Preis (1500 Pesetas, Goldmedaille und Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes): «Therapie der verschiedenen klinischen Formen, Zufälle und Komplikationen des Diabetes mit Illustrationen desselben durch eigene Beobachtungen des Verfasser's (Terapeútica de las divérsas formas clinicas, accidentes y complicationes de la diabetes, apoyada en opservationes proprias.) Abfassung der Arbeit in spanischer und lateinischer Sprache.

II. Preis Alvarez Alcalá 2 Aufgaben: a) Eingriff der Chirurgie bei der Behandlung der Darmobstruktionen (Intervención de la cirurgía en las obstrucciones intestinales); b) Hygienie der Industrieen, mit Berücksichtigung der spanischen (hygiene de las industrias con espicialidad de las de Espana). Für jede Aufgabe die Prämie von 750 Pesetas und ein Accessit samt Diplom eines korrespondirenden Mitgliedes. Sprache der Ausarbeitung — spanisch, französisch oder lateinisch.

III. Preis Ramón E. Morales (750 Pesetas und Diplom des korrespondirenden Mitgliedes). Indikation und Kontraindikation der Laparotomie bei penetrirenden Bauchwunden (indicación y contraindicación de la laparotomía en las heridas penetrantes de vientre). Die Preise oben erwähnter Arbeiten kommen im Jahre 1895 in öffentlicher, feierlicher Sitzung zur Vertheilung und müssen die letzteren bis zum 1. Mai 1894 an das Sekretariat der Akademie, calle mayor, núm. 6. eingesendet sein.

IV. Preis Rubio (1500 Pesetas). Derselbe ist nur für spanische Aerzte bestimmt und für ein in den Jahren 1891—92 veröffentlichtes originales Werk von hervorragendem Werthe bezüglich der medizinischen Wissenschaften (Revista de medicina y cirurgia prácticas, 22. 7/93.)

* Preisaufgabe. Das College of Physicians of Philadelphia schreibt den zum Gedächtniss an William F. Jenks gestifteten Preis von fünfhundert Dollar aus über «Infant Mortality During Labor, and its Prevention» (Sterblichkeit der Kinder in der Geburt und ihre Verhütung). Die Abhandlung muss in englischer Sprache geschrieben oder, wenn in einer anderen Sprache, von einer englischen Uebersetzung begleitet, und vor dem 1. Januar 1895 an das College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A., unter der Adresse des H. Horace Y. Evans, M. D., Chairman of the William F. Jenks Prize Committee eingesandt sein, druckfertig mit Motto und einem besonders versiegelten Umschlag, der dasselbe Motto und Namen und Adresse des Verfassers enthält.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 12. September Morgens bis 19. September Früh zeigte die Cholera in Galizien eine weitere Ausbreitung und führte zu einer grösseren Zahl von Erkrankungen als in der unmittel-

baren Vorwoche. Es wurden aus 35 Gemeinden 149 Erkrankungs- und 84 Todesfälle angezeigt, von welchen letzteren 20 auf die aus früheren Berichtswochen verbliebenen Kranken entfielen. Unter die 149 Erkrankungsfälle sind auch 20 Verdachtsfälle eingerechnet, bei welchen Cholera asiatica bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen wurde. Die grössere Zahl von neuen Fällen kommt theils auf Rechnung vereinzelter sporadischer Fälle in einer Reihe von Gemeinden, theils war sie durch ein intensiveres Auftreten der Epidemie im Bezirke Nadworna (in den Gemeinden Hwozd, Mikuliczyn und Nadworna) sowie im Bezirke Sanok (Gemeinde Rymanow) bedingt. In Kolomea hielt sich die Zahl der Neuerkrankungen auf der bisherigen Höhe. — Deutsches Reich. Aus Berlin wurde am 11. und 12. September je eine choleraverdächtige Erkrankung gemeldet. In Hamburg sind vom 15.—18 September 9 als Fälle von asiatischer Cholera festgestellte Erkrankungen aufgetreten, und endeten 5 derselben mit Tod. Im Laufe des 18 Septembers wurden weitere 3 verdächtige Fälle angezeigt. Im Rheingebiete wiederholen sich die Choleraerkrankungen In der Papiermühle bei Solingen kamen zwischen 8. und 12. September 15 Fälle, in Andernach 1 Fall, St. Goar 1 Todesfall, Koblfurt im Kreise Mettmann 1 Fall, in Köln 1 Todesfall vor. Auf dem aus Rotterdam gekommenen englischen Dampfer «Gallina» wurden am 7. September 6 verdächtige Erkrankungen, von denen eine tödtlichen Ausgang nahm, constatirt. Die bacteriologische Untersuchung wies Cholera nach. Im Weichselgebiete wurde im Ueberwachungsbezirke Kurzebrack ein Flösser todt aufgefunden und bei demselben Cholera als Todesursache festgestellt. — Niederlande. In Rotterdam wurden seit 21. August bis 10. September, 28 Choleraerkrankungen, von denen 17 tödtlich endeten, constatirt. Eine grössere Zahl von Fällen kamen ferner in Leerdam, weitere vereinzelte Fälle in Haag, Grönendyk, Terneuzen, Klosterzand, Ablasserdam, Haften, Kralingen, Dedemsvaat etc. vor. — Belgien. Vom 11. September datirten Nachrichten zu Folge sind in Belgien seit 6. Juli in 46 Gemeinden 132 Erkrankungen an Cholera, Cholera nostras, choleraartiger Diarrhöe, darunter 98 mit tödtlichem Ausgange vorgekommen. In Antwerpen traten in der letzten Zeit Cholerafälle in grösserer Zahl auf. — England. In Grimsby und Hull sind auch in letzter Zeit wieder Cholerafälle beobachtet worden. In Ashborne, Grafschaft Derby, erkrankten 13 und starben 8 Personen an choleraartiger Diarrhöe. Alle Erkrankten wohnten im gleichen Hause und bezogen das Wasser aus demselben Brunnen. Ausserhalb des betreffenden Hofes kam keine Erkrankung vor. In Asyton-Under Line starb eine aus Cleethorpe, wo Cholera vorgekommen war, zurückgekehrte Person unter verdächtigen Symptomen. — Frankreich. In Marseille wurde in der Woche vom 1. bis 8. September unter 222 Todesfällen 1 als verdächtig bezeichnet. — Spanien. Choleraverdächtige Erkrankungen und Todesfälle wurden gemeldet aus Belchite in der Provinz Zaragoza, aus Baracaldo in der Provinz Bilbao. — Italien. In Neapel und in Palermo hat eine wesentliche Ausbreitung der Epidemie nicht stattgefunden. Die Zahl der täglichen Erkrankungsfälle bewegt sich zwischen 3 und 10. Aus Livorno wird mitgetheilt, dass im Stadttheile Venezia bis 16. September 50 Choleraerkrankungen aufgetreten und 15 Kranke gestorben sind. In mehr als die Hälfte der Fälle ist aber späteren Nachrichten zu Folge Cholera asiatica ausgeschlossen, womit auch die auffällig niedrige Lethalitätsziffer übereinstimmen würde. Man nimmt an, dass der Herd des Ansteckungsstoffes im Wasser der öffentlichen Waschanstalt zu suchen und durch schmutzige Wäsche von auswärts dahin eingeschleppt worden sei. Die ersten Erkrankungen betrafen in dieser Waschanstalt bedienstete Personen. Cholerafälle wurden ferner gemeldet aus den Provinzen Palermo und Trapani, Cassino, Pettorano bei Sulmona, Patti in der Provinz Messina, Rom, dagegen sind in der Provinz Udine keine weiteren Fälle vorgekommen. — Russland. Die Zahl der angezeigten Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle betrug in der Stadt Petersburg vom 12. bis 21. August a. St. 66 (28), in der Stadt Moskau vom 11. bis 18. August 210 (117), vom 1. bis 14. August im Gouvernement Podolien 2194 (889), vom 8. bis 14. in den Gouvernements Wladimir 337 (116), Lomshha 106 (64), Tula 358 (100), Charkow 364 (194), Bessarabien 34 (17), Kiew 740 (284), Wiatka 148 (80), Orel 689 (243), Poltawa 283 (127), Minks 232 (101). — Rumänien. In der Woche vom 4. bis 10. September wurden Cholera-Erkrankungs- (Todes-) Fälle ausgewiesen in Braila 42 (34), Sulina 13 (4), Galatz 20 (8), Cernawoda-Fetestic 15 (9), ferner Erkrankungen gemeldet aus den Bezirken Braila, Jalomitza, Prahova, Covurlui, Tulcea, Neamtzu, Dorohoiu, Constantza, Vlasca, Putna, Ilfow, Tecuciu. — Serbien. Bis zum 7. September sind in Belgrad 4 verdächtige Erkrankungen, von denen 3 tödtlich verliefen, vorgekommen und ist durch die bacteriologische Untersuchung Cholera asiatica festgestellt worden. Ein weiterer verdächtiger Todesfall ereignete sich am 12 September: — Türkei. In der Irrenanstalt zu Scutari dauert die Choleraepidemie fort, in der Stadt Scutari, in Pera, Galata, Stambul sind vereinzelte Cholerafälle aufgetreten. In Smyrna sind vom 23.—30. August an Cholera erkrankt (gestorben): 7 (15), 18 (16), 15 (7), 18 (10), 17 (15), 25 (14), 15 (13) = 115 (91). — Aegypten. Unter den ägyptischen Wachmannschaften in Tor und Rasmallep sowie unter der Sanitätsmannschaft in El Tor ist die Cholera ausgebrochen. Unter den 3000 noch in El Tor befindlichen Pilgern herrscht keine Cholera.

* Todesfälle. In Berlin starb der Chefarzt des I. Garnisons-Lazareths, Oberstabsarzt Dr. Leop. Müller, der seiner Zeit die mediz. Akademie in Tokio (Japan) gründete — In Schottland Dr. Parke, der ärztliche Begleiter der von Stanley geleiteten Emin Pascha-Expetition. — In Abas Tumar (Russland) Staatsrath Dr. Rob. Wreden Otologe in Petersburg. — In Stockholm der frühere Professor der Kinderheilkunde Dr. Hjalmar Aug. Akelin.

Aerztliche Stellen.

Mit dieser Nummer versenden wir den Prospect der «Medicinischen Neuigkeiten» aus dem Verlage von August Hirschwald in Berlin, auf welchen wir unsere Leser aufmerksam machen.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 9 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygiene, Pharmakologie und Toxikologie.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

ANZEIGEN.

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 1. October 1893.** **Nr. 40.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ein interessanter Fall von Urticaria.

Von

Dr. med. Leopold Fischer jun. in Heidelberg.

Frau A. R., Witwe eines Staatsbeamten, circa 40 Jahre alt, eine gesunde, kräftige, nicht hysterische, mit einer zarten Haut ausgestattete Dame, erkrankte plötzlich an einem Hautausschlage, wesshalb sie mich rufen liess. Sie gab an, sie sei Morgens noch ganz gesund und wohl gewesen, da habe sie sich über ein gewisses Vorkommniss im Hause sehr heftig geärgert und aufgeregt, worauf plötzlich an verschiedenen Stellen des Körpers stark brennende, rothe, erhabene Flecken auf der Haut aufgetreten seien, die sich rasch vergrösserten, bald aber wieder verschwanden, während dann an anderen Körperstellen immer wieder neue entstanden seien.

Gleichzeitig habe sich, und zwar zehn Tage zu früh, das Unwohlsein sehr stark eingestellt, das sie sonst immer ganz regelmässig nur alle vier Wochen gehabt habe.

Bei der Besichtigung zeigten sich grössere und kleinere Urticaria-Quaddeln vom Halse abwärts bis in die Hüftgegend und an beiden Armen und Händen bis vorne an die Fingerspitzen. Verdauungsbeschwerden fehlten, die Zunge war nicht belegt, Fieber nicht vorhanden. Ordinirt wurden Bestreichungen mit einer Lösung von Acid. citric.

Am folgenden Tage hatte sich das Exanthem über den ganzen Körper verbreitet, bis zu den Zehenspitzen herab; auch das Gesicht und die behaarte Kopfhaut waren von demselben ergriffen. Viele Quaddeln hatten die Grösse eines silbernen Fünfmarkstückes, mehrere bildeten sogar über handtellergrosse, stark erhabene, intensiv geröthete und heiss sich anfühlende Hautprominenzen.

Patientin bekam in meiner Gegenwart einen Ohnmachtsanfall, deren sie an diesem Tage schon zwei gehabt hatte. Derselbe verschwand aber wieder nach Tieferlegen des Kopfes in ein paar Minuten. Ferner leidet Patientin heute an Heiserkeit, welche ihrer Angabe nach gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems im Gesichte und auf dem Kopfe entstanden ist, sammt einem rauhen, kratzenden, brennenden Gefühl im Halse, besonders beim Sprechen. In der Mundhöhle und im Rachenraum war nichts Abnormes zu sehen; eine laryngoskopische Untersuchung musste vorläufig unterbleiben. Der Zustand war für die Patientin ein äusserst qualvoller und regte sie sehr auf. Ich ordinirte Kal. brom. 1·0 dreistündlich. Das Exanthem ist an diesem (2.) Tage noch ziemlich gleich geblieben, doch liess das quälende Brennen gegen Abend bedeutend nach, Patientin wurde ruhiger und hatte auf Kal. brom. 1·5, zur Schlafenszeit genommen, eine recht gute Nacht.

Am folgenden (3.) Tage war der Ausschlag intensiv und extensiv viel geringer geworden, im Gesichte fast völlig geschwunden, die Quaddeln brannten nicht mehr, juckten nur noch ein wenig. Auch das Brennen im Halse hatte aufgehört und die Stimme der Patientin war wieder vollständig hell geworden, wesshalb ich die beabsichtigte laryngoskopische Untersuchung unterliess.

Am 4. Tage war das Exanthem vollständig verschwunden. Auch die Menstruation war beendigt. Patientin war ganz glücklich, «das schreckliche Leiden» überstanden zu haben, zeigte mir jedoch klagend ihren Kopf, auf welchem ich an mehreren Stellen inmitten des sonst braunen Haares graue Haarbüschel bemerkt. Patientin erzählte, ihrer Friseuse sei diese Veränderung der Haare am Morgen beim Frisiren sofort sehr aufgefallen, da sie vor der Erkrankung keine grauen Haare gehabt habe.

Die Erkrankung war im August 1888 aufgetreten. Weder vor derselben hatte Patientin einen Urticariaanfall, noch hat sich seit jener Zeit ein weiterer eingestellt.

Was uns nun an dem hier beschriebenen Falle besonders interessirt und seine Publication rechtfertigen mag, ist einmal die besondere Form der Urticaria. Wir haben es hier mit einer Combination der gewöhnlichen mit der von Milton als Riesenurticaria bezeichneten Form zu thun. Dann ist die Aetiologie unseres Falles von Interesse.

Offenbar hatte der von der Patientin angegebene Aerger und die grosse Aufregung das Auftreten des Exanthems hervorgerufen.

Eine andere Ursache liess sich nicht eruiren, und es ist ja längst nachgewiesen, dass auch durch directe Nerveneinflüsse, wie also durch heftige, plötzlich eintretende Gemüthsaffecte: Verlegenheit, Scham, Trauer, Schreck, Aerger, Zorn, Freude — ein Urticariaanfall hervorgerufen werden kann. (J. FRANK, HEBRA, KAPOSI).

Ferner ist die gleichzeitig mit dem Erscheinen des Exanthems plötzlich eingetretene Heiserkeit mit dem brennenden Gefühl im Halse von Bedeutung. Wenn auch die laryngoskopische Untersuchung unterblieb, so glaube ich doch als sicher annehmen zu dürfen, dass die genannten Erscheinungen durch das Auftreten einer — Urticariaquaddeln entsprechenden — serösen Infiltratrion der Larynxschleimhaut verursacht worden sind, ein Vorkommniss, wie ich es in einem Falle von sogenanntem acutem umschriebenen Hautödem (QUINCKE), das ja im Wesentlichen derselbe, angioneurotische Process, wie Urticaria ist, durch die laryngoskopische Untersuchung objectiv nachweisen konnte. Auch in diesem letzteren Falle bestand Heiserkeit, ferner das Gefühl des Geschwollenseins und Rauhseins im Halse. Das genannte Vorkommniss ist nach KAPOSI äusserst selten und wurde speciell bei der Riesenurticaria beobachtet. EICHHORST nimmt nach den Erfahrungen von TROUSSEAU, welcher bei Urticaria zeitweilige asthmaartige Anfälle gesehen hat, übrigens an, «dass auch die Schleimhaut der tieferen Luftwege betroffen zu werden vermag», wofür auch das Vorkommen von asthmatischen Anfällen bei Urticaria pigmentosa perstans spricht, wie sie von ARNING und VEIEL beobachtet worden sind.

Von weiterem Interesse ist das büschelweise Ergrauen des Haupthaares an den Stellen der zurückgebildeten Urticariaquaddeln. Es ist mir nicht bekannt, dass ein gleicher Befund bei Urticaria schon beschrieben worden ist. Dasselbe ist wohl analog dem Ergrauen der Haare, wie es bei anderen Hautausschlägen, auch auf Hautnarben und bei Vitiligo, desgleichen bei Lähmungen und Neuralgien vorkommt. Es handelt sich in solchen Fällen wahrscheinlich um ein Schwinden des Pigmentes. Dasselbe wäre dann in unserem Falle durch die heftige vasomotorische Störung, wie sie durch die Urticariaeruption auf den betreffenden Hautstellen hervorgerufen wird, zu Stande gekommen. Uebrigens ist man über diese Verhältnisse noch nicht völlig im Klaren.

Was endlich die erwähnten Ohnmachtsanfälle betrifft, so lässt sich die sie bedingende Gehirnanämie auf doppelte Weise erklären. Entweder ist sie auf reflectorischem Wege entstanden, durch Contraction der Vasoconstrictoren des Gehirns in Folge der starken Hautreizung und der damit verbundenen grossen Schmerzen; oder aber die Hirnanämie wurde hervorgerufen durch die starke Fluxion des Blutes nach fast der gesammten Hautdecke hin, im Verein mit der gleichzeitig vorhandenen reichlichen Menstruation. Für letztere Erklärung spricht das rasche Aufhören der Ohnmacht nach Tieferlagerung des Kopfes.

Das vorzeitige, aber mit der Urticariaeruption gleichzeitige Eintreten der Menses steht in unserem Falle mit jener nur in dem Zusammenhange, dass es mit ihm dieselbe Ursache hat, nämlich die erwähnte psychische Erschütterung der Patientin.

Therapeutische Klinik an der Universität zu Neapel.

Ueber den therapeutischen Antagonismus bei den natürlichen Krankheiten.

Von **M. Semmola,**
Professor der experimentellen Pharmakologie und klinischen Therapie.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Angesichts der tiefen Unwissenheit, in der wir uns befinden und, ich darf es wohl wiederholen, uns stets befinden werden über die wahre physikalisch-chemische Constitution der lebenden organischen Materie und ihrer unendlichen charakteristischen Veränderungen bei jedem Individuum, muss endlich allgemein die Ueberzeugung platzgreifen, dass das Laboratorium in den Hintergrund tritt, und dass Diejenigen, denen es um einen wirklichen Fortschritt der Klinik zu thun ist, ihr Hauptaugenmerk auf die strenge Beobachtung der klinischen Thatsachen, wie sie von der Natur dargeboten werden, richten müssen, wobei sie bestrebt sein müssen, mit der grösstmöglichen Strenge die Existenzbedingungen dieser Thatsachen festzustellen, nicht aber auf die Erfahrung des Laboratoriums hin Luftschlösser zu bauen, die, wie sie sich auch bereichern und vervollkommnen möge, niemals im Stande sein wird, die Wahrheit über die unendlichen Graduationen der Alterationen der organischen Materie bei den verschiedenen Krankheiten aufzuhalten. Seit 30 Jahren vertrete ich dieses Grundprincip und wiederhole es in allen Tonarten:

Die experimentelle Medicin wird niemals im Stande sein, im Laboratorium die Krankheiten zu reproduciren, die sich uns in der Natur darbieten; und darum wird jeder sogenannte wissenschaftliche Aufbau der Evolution dieser oder jener Krankheit, der auf die Untersuchungen des Laboratoriums gestützt ist, ein hypothetischer Aufbau sein, zu mindestens drei Vierteln falsch und daher ein gefährlicher Führer für den Arzt, der ihn als den wahren Schlüssel der Behandlung heranziehen will.

Hierüber darf sich Niemand einer Illusion hingeben, und ich wünschte, dass die angehenden Aerzte sich davon überzeugten, um nicht später zu Mördern der Menschheit zu werden, und zwar im Namen des Fortschrittes .... und, was noch schlimmer ist, der Kunst, die man ironischer Weise die Heilkunst nennt!

Ich will noch diesbezüglich auf eine alte Idee hinweisen, die immer neu bleibt, sofern es sich darum handelt, sie auf die Klinik anzuwenden, um deren verderbliche Richtung hervorzuheben. Die Verblendung einiger Kliniker hinsichtlich der experimentellen Medicin und ihrer «unendlichen» Macht geht so weit, dass, wenn sie sich einer deutlichen und einleuchtenden klinischen Wahrheit gegenüber befinden, die als solche durch die klinische Beobachtung glänzend erwiesen wurde, jedoch in Folge der Einschränkung unserer Untersuchungsmittel der Controlle durch das Laboratorium sich entzieht — die Verblendung dieser Aerzte und Kliniker, sage ich, geht so weit, dass sie die klinische Thatsache nur darum leugnen, weil für dieselbe ein experimenteller Beweis nicht erbracht werden kann. So nehmen Sie z. B. die verschiedenen Diathesen, vor Allem die erblichen. Es gibt keine Wärterin, die heute nicht wüsste, wie gross der Einfluss dieser Diathesen (heute Culturboden genannt, d. i. *ignotum per ignotum*) auf die Entwicklung der Krankheiten sei, sei es, dass es sich nur um Krankheiten handelt, die von durch schädliche Einflüsse der äusseren Welt hervorgerufenen functionellen Störungen abhängen, sei es, dass es sich um Krankheiten mikrobischen Ursprungs handelt. Was sind Diathesen? Die experimentelle Wissenschaft weiss nichts hierüber und kann auch nichts wissen; die Klinik hingegen sagt uns, dass sie zweifellos ganz besondere biochemische Alterationen der Materie sind, jedem Individuum eigenthümlich, denn ich glaube, dass jedes Individuum eine besondere Alteration aufweist, wenn auch dieselbe so minimal ist, dass sie sich nicht mit den einer jeden Diathese eigenthümlichen, charakteristischen klinischen Symptomen kundgibt. Uns bleiben jedoch diese Alterationen unbekannt, das Laboratorium kann dieselben nicht reproduciren, ausgenommen den Fall irgend eines einfältigen Gelehrten, der zur Erheiterung der Leser durch die Presse bekannt gibt (wie dies jüngst vorgekommen ist), dass es ihm gelungen sei, die Gicht künstlich hervorzurufen! . . . Da wir also die Natur dieser bio-chemischen Alterationen, die die Diathese auszeichnen, nicht kennen, auch nicht durch Reagentien dieselben nachzuweisen, und noch weniger experimentell hervorzurufen vermögen, muss man sie desshalb

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 38, 1893.

leugnen? Mit Nichten! Sie bilden die wahre Grundlage der Klinik, weil sie der Ausgangspunkt zu werthvollen Kenntnissen sind, die uns die klinische Beobachtung der individuellen Unterschiede, die ein und derselbe und durch die gleiche Ursache bedingter Krankheitsprocess darbieten kann, zu liefern vermag. Und darum geben sie die wichtigste Grundlage für die Behandlung der Krankheitsprocesse ab, indem deren Natur viel mehr aus dem Allgemeinzustande als aus der localen Untersuchung beurtheilt werden kann

Mit diesen fundamentalen Kenntnissen allgemeiner Pathologie leuchtet es immer mehr ein, dass die infectiösen Agentien der acuten Krankheiten, indem sie mehr oder minder tiefgreifende Modificationen ausüben auf die präexistirenden biochemischen Alterationen, die eben die Diathesen ausmachen, nothwendigerweise die Richtung jener besonderen Ernährungsstörungen der organischen Zelle ändern müssen, die einer jeden Diathese eigen und charakteristisch sind.

Betrachten Sie z. B., was wir Alle seit drei Jahren vor unseren Augen haben, nämlich die Folgezustände der Influenza. Welch' immer auch der Erreger dieser furchtbaren acuten Infectionskrankheit sein mag, sicher ist es, dass er eine beträchtliche Modification in der bio-chemischen Thätigkeit des Stoffwechsels herbeiführt und gestattet, dass viele präexistirende Affectionen — oder im Keime, gleichsam latent vorhandene Krankheiten, oder bereits als Krankheitsprocesse in Action getretene aber noch im Initialstadium befindliche Erkrankungen — die Taufe erhalten und durch eine irreparable pathogene Thätigkeit gefördert werden, so dass ich bereits vor drei Jahren, in einem klinischen Vortrage «Ueber Influenza», hervorhob, dass diese Infection als ein wahres Reagenz für den Gesundheits- und Widerstandsgrad des Organismus angesehen werden könne.

Bisher ist keine klinische Beobachtung mitgetheilt worden, die darüber berichtet, dass nach einem Anfalle von Influenza irgend eine präexistirende Krankheit verschwunden wäre. Wenn aber dies auch vorkäme, so würde ich darüber nicht verwundert sein. Unglücklicherweise haben wir bis nun zu den Activen dieser acuten Infectionskrankheit nur Nachtheile und Schäden zu rechnen, denn, wie ich kurz vorher gesagt habe, sämmtliche präexistirenden Krankheiten verschlechtern sich darunter, und manche, die kaum in Action getreten ist, beginnt rascher und heftiger sich zu äussern.

Dieser ganze heilsame oder aber schädliche Einfluss ist keinem Calcul, keiner Vorausberechnung unterworfen und demnach keiner möglichen Anwendung fähig. Was den wohlthätigen und curativen Einfluss, den eine Infection ausüben kann, anlangt, so wäre dies eine Art Vaccination, die die Natur vollzieht, durch welche ein Nagel durch einen anderen ausgetrieben wird, oder, wenn man lieber will, eine bestimmte Infection zu einem Antidotum einer anderen Infection wird. Aber in welcher Apotheke werden diese Antidota zubereitet? Niemand weiss es! Koch behauptete ein solches Mittel für die Behandlung der Tuberkulose gefunden oder entdeckt zu haben; die Täuschung jedoch, welcher er sich hingab, war augenscheinlich das Ergebniss eines naturwissenschaftlichen Irrthums, denn, wenn er erwogen hätte, dass wir im Besitze keines Gesetzes sind hinsichtlich dieser künstlichen, oder, wenn Sie wollen, specifischen Immunitäten, welche in einer intraorganischen Sphäre, deren chemische Composition uns völlig unbekannt ist, veranlasst werden, so würde er vermuthlich eingesehen haben, dass die Lösung des Problems auf experimentellem Wege nicht möglich war, und dass sie in Folge dessen nur zu etwas Absurdem führen konnte.

Trotz der Theorien vieler moderner Pathologen des Laboratoriums, mögen sie nun den Namen Bouchard oder Metschnikoff führen, werde ich es nicht unterlassen, diese unsterblichen Grundsätze der wahren wissenschaftlichen Methode, die ein Ruhmesblatt der italienischen Medicin bildet, immer wieder zu wiederholen, nach welchen sämmtliche mehr oder weniger wunderbare Resultate, die man bei Thierversuchen im Laboratorium erzielen wird, für die Behandlung der menschlichen Krankheiten niemals von irgend welchem Nutzen sein werden, denn es ist absolut unmöglich ihre Anwendung auf Menschen, d. i. unter absolut verschiedenen physikalisch-chemischen Bedingungen — gleichviel ob es sich um einen physiologischen oder einen pathologischen Zustand handelt — zu verwirklichen.

Das einzige Mittel, das der Klinik übrig bleibt, um der experimentellen Therapie von Vortheil zu sein, besteht darin, jegliche Hypothese zu beseitigen und die Aufmerksamkeit auf den strengen Determinismus der klinischen Typen und der unendlichen Graduationen oder Differenzen zu concentriren, die sich in Bezug auf die verschiedenen Individuen darbieten können. Dieser strenge Determinismus wird erreicht durch den mit der Aetiologie in Zusammenhang gebrachten und, so weit es möglich ist, von der Chemie und der histologischen Pathologie controllirten nosographischen Determinismus, denn das gleiche Symptom kann unendliche Graduationen und Modalitäten aufweisen je nach den verschiedenen Individuen, und was die chemischen Reagentien des Laboratoriums nicht zu Wege bringen, wird dagegen durch diesen Determinismus ins klarste Licht gestellt, Dank welchen die Krankheitssymptome einem Zeiger verglichen werden können, der sich über einem grossen Quadranten bewegt und jene in der Tiefe der Gewebe stattfindenden allerfeinsten Reactionen vervielfältigt und deutlichst aufdeckt, die kein chemisches Reagens wird uns je erkennen lassen und die nur für die lebende Zelle empfindlich sind.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung.)

Complicationen der Salpingitis.

Unter den secundären Veränderungen, welche als Folge dieser entzündlichen Prozesse auftreten, gibt es eine oder zwei, die von solcher Bedeutung sind, dass sie einer besonderen Erwähnung werth sind. Wenn die Salpingitis eine einseitige ist, so ist es durchaus nichts Ungewöhnliches zu finden, dass die Peritonitis, die von ihrer Ursprungsstelle — dem Fimbrienende der entzündeten Tuba — weitergegriffen hat, auch die andere Seite des Beckens in Mitleidenschaft gezogen hat, indem sie die gesunden Uterusadnexa dieser Seite in eine Menge von Adhäsionen einschliesst.

Unter solchen Umständen kann ein Verschluss des Abdominalostium der gesunden Tuba sehr leicht eintreten, und dies kann wieder einen Hydrosalpinx zur Folge haben, der, wenn er auch nur ein einfaches Ereigniss im Verlaufe einer Beckenperitonitis bildet, dennoch seinerseits eine Quelle von Leiden und Siechthum werden kann. Nach meinen Erfahrungen ist dies die gewöhnlichste Art, auf welche sich Hydrosalpinx entwickelt. Hämatosalpinx, als eine Complication der Salpingitis, ist viel seltener. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind die Hämorrhagien innerhalb der Tuba und die Hämatokelen tubaren Ursprungs die Folge von Tubarschwangerschaft, aber hie und da treten sie auch als Complicationen im Verlaufe der entzündlichen Processe, die ich soeben beschrieben habe, auf und sind von der Gravidität ganz unabhängig Ein Beispiel dieser Art wird in dem unlängst erschienenen Bande der St. Thomas's Hospital Reports mitgetheilt. Es gibt gewiss noch viele andere secundäre Erscheinungen, ausser denjenigen, die ich aufgezählt habe, und die man in chronischen Fällen von Beckenperitonitis antrifft, aber die Zeit erlaubt es mir jetzt nicht, bei denselben zu verweilen.

Der Zweck meiner diesbezüglichen Auseinandersetzungen soll darin bestehen, Ihnen den Beweis dafür zu erbringen, dass

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 1893.

der Tuba Fallopiae eine enorme Bedeutung in der Pathologie der Entzündungen im Becken zukommt.

Es war in der letzten Zeit mehr oder weniger Mode, über diejenigen zu lachen, welche für die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae eingetreten waren, als die Opfer einer bloss vorübergehenden Manie, die in jedem gynäkologischen Falle, der vor sie kommt, nichts Anderes sehen können, als kranke Tuben.

Dieser Umstand darf uns nicht im Allergeringsten überraschen, noch darf er unseren Zorn erregen.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass Diejenigen, welche dem fortschreitenden Strome der Wissenschaften nicht folgen, sei es aus Vorurtheil, oder aus Mangel an Gelegenheit, Beobachtungen anzustellen, sei es in Folge der Unfähigkeit, neue Gedanken in sich aufzunehmen — und das ist eine der schwersten Strafen der fortschreitenden Jahre —, versucht sind, den Fortschritt in Abrede zu stellen, und Die, welche diesen Fortschritt acceptiren, lächerlich zu machen oder dieselben in Miscredit zu bringen. Als das Ophthalmoskop zum ersten Male bei uns zu Lande eingeführt wurde, ereignete es sich, dass in einer medizinischen Gesellschaft einer Provinzstadt ein Vortrag über diesen Gegenstand gehalten wurde, als einer der angesehensten Oculisten jener Stadt, ein Mann von grosser Erfahrung und grossen Fähigkeiten, sich erhob und die Bemerkung machte, dass es ganz absurd sei, wenn Jemand kommt und am Augenhintergrunde verschiedene Erscheinungen beschreibt; der Augenhintergrund sei schwarz, und es sei nichts mehr in dieser Beziehung zu sagen. Es gab immer und es wird immer Leute geben — gerade so wie dieser alte Augenarzt —, welche bereit sind zu behaupten, dass dort, wo sie nur schwarz sehen können, auch nur Schwarzes vorhanden sei. Solche Leute müssen als ein unvermeidlicher Theil dessen, was Prof. HUXLEY unlängst als den Weltprocess bezeichnete, betrachtet werden, und der wahre Fortschrittsmann kann sich mit dem Gedanken trösten, dass es sich eines Tages ergeben könnte, dass auch diese durch ihr Verhalten einem nützlichen Zwecke dienen.

Die pathologische Bedeutung der Tuba Fallopiae erklärt sich durch ihre eigenthümliche anatomische Lage im menschlichen Organismus.

Es gibt — so viel ich weiss — keinen andern mit Schleimhaut ausgekleideten Canal im menschlichen Körper, der eine ähnliche Lage haben würde. Die Tuba ist fortwährend der Gefahr der Infection ausgesetzt, und zwar in Folge der directen Continuität ihrer Auskleidungsschleimhaut mit der des Uterus und der Vagina, so dass es fast ein Wunder ist, wenn dieselbe in irgend einem Falle von acuter infectiöser Endometritis — sei es eine septische oder gonorrhoische — der Infection entgeht.

Aber es besteht der grösstmögliche Unterschied zwischen der Gefahr einer acuten infectiösen Endometritis und einer acuten Endosalpingitis. In dem erstern Falle gestattet das Offensein des Cervicalcanals einen natürlichen Abfluss für die krankhaften Secretionen; in dem letztgenannten Falle ist kein solcher natürlicher Abflussweg vorhanden.

Das uterine Ende der Tuba Fallopiae hat, selbst unter normalen Bedingungen, ein Lumen, das gerade für eine Borste permeabel ist. Es ist somit sehr leicht verständlich, dass es nur einer sehr geringen Schwellung der Schleimhaut der Tuba bedarf, einer Schwellung, wie sie wahrscheinlich auch bei dem geringsten Grade von Entzündung unbedingt nothwendig vorhanden ist, um dieses Ende der Tuba vollends zu verschliessen. Somit kann das uterine Ende der Tuba als Abflussweg für die entzündlichen Secretionen thatsächlich als gar nicht existirend betrachtet werden. Die Sache steht somit so, dass entweder gar kein Abflussweg für die krankhaften Secretionen vorhanden sei, und zwar in Folge von Verschluss eines Orificium durch die geschwollene Schleimhaut, und in Folge von Obturation des andern Orificium durch Adhäsionen — oder der einzige Abfluss findet durch das Abdominalostium in die Peritonealhöhle statt. Dieses Fehlen eines sicheren Abflusses für die entzündlichen Producte ist es, welches eine eitrige Salpingitis um so viel ernster gestaltet, als eine gleich schwere eitrige Endometritis, und dieser Umstand verleiht im Allgemeinen den entzündlichen Affectionen der Tuba Fallopiae eine solche exceptionelle und ernste Bedeutung.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Die äusseren Reize, welche diese Empfindungen vermitteln sind dagegen nicht specifisch. Mechanische, chemische, elektrische Reize können z. B. dieselbe Empfindung erregen. Diejenigen Reize, welche einen Sinnesnerven vermöge der besonderen Einrichtungen physiologisch normal erregen, nennt man «adäquate». Aber jeder Reiz, der überhaupt wirkt, nicht mit seinen Qualitäten, sondern die Wirkung hängt ab von der inneren Einrichtung des getroffenen Sinnesapparates. Die Reizung der Drüsennerven bewirkt nur Sekretion, die der Muskelnerven Zuckung oder Bewegung, die der Empfindungsnerven nur Empfindung. JOH. MÜLLER wählte als drastisches Beispiel für die letztere Sphäre die populäre Wendung: Einem Eins geben, dass ihm die Ohren klingen oder dass ihm die Augen funkeln oder dass er es fühlt. Während demnach derselbe Reiz je nach dem getroffenen Sinnesorgan ganz verschiedenartige Empfindungen veranlasst, bewirken auch verschiedenartige Reize, wenn sie dasselbe Sinnesorgan treffen, nur eine einzige Empfindung.

JOH. MÜLLER selbst drückt in seiner letzten Darstellung diesen Kernpunkt seiner Anschauung so aus: «Die Sinnesnerven empfinden zwar zunächst nur ihre eigenen Zustände, oder das Sensorium empfindet die Zustände der Sinnesnerven; aber dadurch, dass die Sinnesnerven als Körper die Eigenschaften anderer Körper theilen, dass sie im Raume ausgedehnt sind, dass ihnen eine Erzitterung mitgetheilt werden kann und dass sie chemisch, durch die Wärme, und die Elektricität verändert werden können, zeigen sie bei ihrer Veränderung durch äussere Ursachen, dem Sensorium ausser ihrem Zustande auch Eigenschaften und Veränderungen der Aussenwelt an, in jedem Sinne verschieden nach dessen Qualitäten oder Sinnesenergieen».

Da MÜLLER stets nur von äusseren Ursachen spricht, so konnte in dieser Auffassung des Wortes Ursache HELMHOLTZ 1868 die Sache auch so ausdrücken, «dass gleiche Ursachen unter verschiedenen Bedingungen verschiedene Wirkungen haben können.» HELMHOLTZ selbst kam später 1879 jedoch wieder zu der entgegengesetzten Formulirung wenn er als «Ursache» nur «das hinter dem Wechsel ursprüngliche Bleibende und Bestehende» genannt und es scharf von dem «Antecedens» oder der «Veranlassung» getrennt wissen will. Diese letztere Darstellung deckt sich wieder mit den Darlegungen von JOH. MÜLLER und REIL und der gleich zu beprechenden von R. MAYER, die dieser 1842—44 begründete.

Diesem fortwährenden Schwanken im Ausdrucke haben wir in der Pathologie neben dem «Wesen» der Krankheiten die «Ursachen» derselben und das «Wesen der Krankheits-Ursachen», neken den äusseren die inneren, neben den waren die Hülfsursachen, also eigentliche und uneigentliche Ursachen zu danken. Diese Confusion ist um so bedauerlicher, als gerade in der Physiologie und Pathologie der erste Versuch zu einer vernünftigen Formulirung vorlag. Andererseits erklärt sich aus letzterem Umstande vielleicht, dass auch die Anbahnung einer neuen besseren Formulirung zuerst von Aerzten wie MAYER, HELMHOLTZ, DU BOIS-REYMOND, VIRCHOW, LOTZE ausgegangen ist.

Erst die Entwickelung der Energie-Ideen auf der Basis der Entdeckung des Wärmeäquivalentes gab die Möglichkeit einer endgültigen Klärung. Das Verdienst, bei dieser Gelegenheit begrifflich klärend vorgegangen zu sein und die Ungehörigkeit des fortwährend möglichen Doppelsinnes der «Ursachen» dargelegt und beseitigt zu haben, gebührt R. MAYER selbst, der sich schon 1844 unzweideutig äusserte.

Die universelle Begründung des Energiegesetzes durch R. MAYER hatte ihren Ausgang zweifellos nicht in der mechanischen Weltansicht, sondern im Monismus, dessen grösster Bahnbrecher MAYER für immer bleiben dürfte. Gerade damals war aber die heftige Reaction der naturwissenschaftlichen oder genauer der mechanischen Naturansicht gegen die ausgeartete Naturphilosophie ausgebrochen und die neue mechanische Richtung, die sich schliesslich bei einigen Naturforschern bis zu plumpen, handgreiflichen, materialistischen Vorstellungen verflachte, war wenig geeignet, einer solch universell begründeten monistischen Ansicht der Natur gerecht zu werden. Aus diesem Grunde hatte gerade die universellste Seite des MEYER-schen Gesetzes von vorneherein in Deutschland und Frankreich einen schweren Stand. Deshalb war es so wichtig, dass HELMHOLTZ das Gesetz auch mechanisch begründete. Damit war aber auch der weitere Ausbau im universellen Sinne einer Energetik, im Geiste des übergeordneten Monismus, im Lande der Entdeckung des Gesetzes, in Deutschland, zunächst unmöglich gemacht und Englands grossen Physikern gebührt der Ruhm, die ersten weiteren Schritte zur Ausbildung der Energetik gethan zu haben, in jenem Lande also, wo schon FARADAY's Potentialvorstellungen monistisch so gut vorgearbeitet hatten.

In diesem Sinne drückt sich MACH aus: «Wer die Krücke der mechanischen Naturansicht braucht, um zur Erkentniss der Aequivalenz von Wärme und Arbeit zu gelangen, hat den Fortschritt, der darin liegt, nur halb begriffen».

Jeder grosse wissenschaftliche und erkenntnisstheoretische Fortschritt trägt zwingend zum Ausbau der monistischen Weltanschauung bei, von der aus auch die mechanische Naturauffassung nur als eine von mehreren möglichen Betrachtungsweisen, aber nicht als die allein richtige erscheint. Dem trostlosen Dualismus gegenüber ist aber die mechanische Auffassung schon eine grossartige und geistig erhebende. Für einen Dualismus von Geist und Natur, von Seele und Leib, von Unorganischem und Organischem, von Tod und Leben hat die Naturwissenschaft keinen Platz.

In der monistischen Begründung und Fassung des Gesetzes von der Erhaltung der Energie gewinnt dieses Gesetz bei MAYER den Charakter eines Integralgesetzes von absoluter Gültigkeit. Unter dieser rationalistischen Voraussetzung **müssen** Ursache und Wirkung in ein Identitätsverhältniss gebracht werden, sind Ursache und Wirkung Erscheinungsformen eines und desselben Objectes.

Wird in dieser Idee von MAYER die Ursache als das **definirt**, was zur Erzielung einer Wirkung aufgewendet wird, so wird damit zugleich und zum ersten Mal der Begriff «Ursache» eindeutig definirt und Unklarheiten der Form ein Ende gemacht: causa aequat effectum.

Die erste kurze Darlegung MAYER's enthielt den Kernpunkt seiner gewaltigen Geistesarbeit zum Theil in kurzen Schlagworten, die leider metaphysischer Deutung zugänglich waren und wohl deshalb von HELMHOLTZ als die schwächste Seite der MAYER'schen Darlegung bezeichnet wurden. Demgegenüber hatte MACH bereits richtiger bemerkt, dass sie wohl der «Ausdruck eines gewaltigen instinctiven, noch unbefriedigten und ungeklärten Bedürfnisses nach einer substantiellen Auffassung dessen, was wir heute Energie nennen», sind. Aber auch das scheint mir die Sache nicht ganz zu treffen. Dass MAYER auch die begriffliche Kraft zur vollen Klarheit nicht fehlte, wissen wir jetzt wohl ausgiebig. Unter diesen Umständen vermag ich in den Ausdrücken nichts Metaphysisches zu sehen. Ich glaube im Gegentheil, dass bei der Nöthigung, die grösste Reform der Naturwissenschaften auf wenige Seiten zusammenzudrängen, in diesen Ausdrücken zum ersten Male die volle und klare Kritik der alten Begriffe enthalten ist, weil diese in den kurzen MAYER'schen Schlagworten zum ersten Mal universell und eindeutig definirt sind. Eine zweckmässige und eindeutige Terminologie ist bei einer neuen Sache auch ein Fortschritt und in dieser Hinsicht enthalten die Schlagworte von MAYER einen zweifellos begriffskritischen Fortschritt. Begreifen heisst ja eben Begriffe bilden, welche eine Summe von Einzelerfahrungen scharf zusammenfassen. Dadurch wird die Erkenntnisstheorie nach DÜHRING zur Begriffskritik, die auch der neuerdings von MACH so stark betonten «Oekonomie des Denkens» gerecht wird.

Dieses Bedürfniss zur Begriffskritik lag aber so unzweideutig mit der neuen Anschauung vor, dass auch HELMHOLTZ sich demselben nicht ganz entzogen hat und alle weiteren Forscher sich hierin an MAYER anschliessen mussten.

Nach Mayer sind seit 1842 Ursache und Wirkung «proportional» und «für ein richtig gedachtes Causalverhältniss» lässt sich stets die «nothwendige Gleichung» aufstellen. In diesem eindeutigen Sinne unterscheidet MAYER 1845 bereits für die organischen Vorgänge streng zwischen dem «Stoffwechsel als Ursache der Leistung» und dem Einflusse der Nerven, die diese stets innere Ursache zur Erscheinung bringen. In Bezug auf den ersten Vorgang vergleicht er die Irritabilität der Gewebe mit der Expansibilität der Gase, um die quantitative Seite der Frage klar zu machen, nach der ohne chemische Differenz keine Reizbarkeit möglich ist. Diese geheimnissvolle organische Qualität wird damit zum ersten Mal in das Licht der Quantitätsbetrachtung gerückt.

Um den zweiten Theil der Sache, den Nerveneinfluss, zu erläutern, spricht er bald von Erzeugendem, bald von Bedingung, bald von einer psychischen Seite, bald von einem Contact-Einflusse, während er den Ausdruck «katalytische Kraft» vermieden wissen will, weil man unter Kraft nur «die, einer messbaren Wirkung proportionale messbare Ursache» verstehen soll. Er sagt in dieser Hinsicht spottend: «Katalytisch» heisst eine Kraft, sofern sie mit der gedachten Wirkung in keinerlei Grössenbeziehung steht. Eine Lawine stürzt in das Thal; der Windstoss oder der Flügelschlag eines Vogels ist die «katalytische Kraft», welche zum Sturze das Signal gibt und die ausgebreitete Zerstörung bewirkt. — Das «Katalytische» dieser Kraft bezieht sich zu allernächst auf die Logik, oder das Causalgesetz, welches durch selbige paralysirt wird.» An anderer Stelle behandelt MAYER auch die grosse Neigung organischer Substanzen zu Selbstentmischung, die Zersetzungsneigung, Zersetzbarkeit, Gährung, faulige Zersetzung, Abscessbildung, Faul- und Consumptionsfieber unter dem neuen Gesichtspunkte. Ganz im selben Sinne spricht HELMHOLTZ 1847 von dem «Princip der Constanz des Kräfteäquivalents bei «Erregung» einer Naturkraft durch eine andere».

LOTZE verglich 1848 die Reizbarkeit mit dem Verhalten einer Maschine: «entweder wird sie durch zu grosse Gewalt der (äusseren, einwirkenden) Ursachen zerstört, oder sie bewegt sich auf den «Anstoss in einer Form, die nur aus ihrem eigenen Mechanismus fliesst.» Bei den organischen Körpern sind es also «innere Verhältnisse, die den Erfolg mitbestimmen.»

DU BOIS-REYMOND hatte sich 1850 schon dieser neuen Anschauung ganz angeschlossen, nach der die Ursache und die «Erregung» oder «Auslösung» derselben zu trennen sind.

VIRCHOW meinte 1848, man müsse «unterscheiden zwischen der immanenten Ursache, welche die bestimmte Organisation angibt und den Bedingungen, unter denen sie diese in bestimmter Richtung angelegte Organisation wirklich zur Erscheinung zu bringen vermag.» Er fügt dann erläuternd hinzu: «Ich verstehe hier unter Ursache die causa princeps, wie man in der Aetiologie unter causa proxina die eigentliche Wesenheit der Krankheit verstand. Es ist die äusserste, durch die sinnliche Beobachtung wahrnehmbare und der Erfahrung zugängliche Erscheinungsweise, oder, wie man in der Naturwissenschaft sagt, das letzte, allgemeine erkennbare Gesetz»

Bei derselben Gelegenheit sagte VIRCHOW weiter: Das Ferment, der männliche Same, die Contagien und Miasmen wollen wir mit LIEBIG kurzweg als Erreger bezeichnen. Sobald einer dieser Erreger mit erregungsfähiger Substanz zusammenkommt und die Bedingungen für das Zustandekommen und die Unterhaltung der Erregung günstig sind, so leitet sich eine stets gleichartige Bewegung ein, welche erst dann ihr Ende erreicht, wenn alle erregungsfähige Substanz die Bewegung durchgemacht hat oder der Erreger selbst quantitativ erschöpft ist; ohne das ist die Bewegung endlos.»

Später, 1854, meinte er, dass es sich beim Lebensprocesse «um eine wesentlich innere Bewegung handelt, die zum grossen Theil dadurch zu Stande kommt, dass latente Kräfte «ausgelöst» und zur Wirkung gebracht werden.»

In der naturwissenschaftlichen Schule in der deutschen Medicin ist demnach gegen 1850 bereits vollständig zum Ausdrucke gelangt, dass Ursache und Wirkung in einem quantitativen und Identitätsverhältnisse stehen und dass diese stets und nur innere Ursache unter bestimmten Bedingungen durch einen äusseren Anstoss oder durch äussere Erreger ausgelöst wird.

Dass die Auslösung in der Uebertragung einer Bewegung auf schwingungsfähige Molekel beruht, hatten für die Fermentationen schon WILLIS und STHAL, später BERZELIUS und am Umfassendsten LIEBIG seit 1842 betont. Aber diese Forscher sprechen von Bewegung (durch Contact, Katalyse, Erregung) nicht anders, wie man etwa vor Entdeckung des Wärmeäquivalentes von Einheit und Verwandtschaft der Naturkräfte oder von Wärme als Bewegung sprechen konnte. Immerhin ist aber auch diese Seite der Frage für den citirten Specialfall schon gewürdigt worden, wenn man sich seit LAVOISIER bemühte, Gährungsgleichungen aufzustellen.

Die Physiker haben diese von Aerzten entwickelten, durch die Vorarbeiten über Reizbarkeit und Befruchtung, Infection und z. Th. auch durch die Fragen der Gährungschemie glücklich beeinflussten Vorstellung allmählich überall, am spätesten in Frankreich angenommen.

Auf diesem Umwege durch die Physik sind diese Vorstellungen, die für die Energie terminologisch durch THOMSON und RANKINE 1852/53 erweitert worden waren, später wieder der Physiologie und Pathologie von Neuem zugegangen, nachdem merkwürdiger Weise diese ersten Darlegungen zunächst die ihnen gebührende Beachtung nicht fanden. Ein durchgreifender Versuch, hierin Wandlung zu schaffen, wurde eigentlich erst 1882 von FICK in seiner Abhandlung über die «mechanische Arbeit und Wärmeentwickelung bei der Muskelthätigkeit» gemacht.

Aber einige Fragen, besonders über die Vererbung, Befruchtung und über die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten wurden mit den bisherigen Arbeiten und Darstellungen noch nicht lösbar. Erst einige neuere Arbeiten zur Energetik brachten eine weitere Klärung, wobei es sehr zu vermerken ist, dass es Physiker waren, die auf erkenntnisstheoretische Grenzen biologischer Art hinwiesen, MACH und HELM.*)

(Fortsetzung folgt.)

Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Abgehalten zu Besançon, eröffnet am 3. August 1893.

***Dr. Niçaise**: Zur Pathogenie der Bronchiectasie.*

Um die Pathogenie der Bronchiectase zu verstehen, ist es nothwendig, auf einige Erscheinungen der Physiologie der Bronchien einzugehen. Man hat zu unterscheiden luftleitende Kanäle und luftverarbeitende Kanäle in der Lunge. Die Kapacität der letzteren ist mindestens 30 Mal so gross als die der luftleitenden Gänge. Bei der Inspiration ist der intrapulmonäre Druck negativ; er beträgt 1—2 *mm* einer Quecksilbersäule bei ruhiger Respiration. Die Inspiration kann also keine wesentliche Rolle in der Pathogenie der Bronchiectasie spielen. Bei der Exspiration ist der Druck positiv und zwar 2—3 *mm* einer Quecksilbersäule bei ruhiger Exspiration, bis 87 *mm* und mehr bei tiefer Exspiration, ist also wesentlich höher als der Inspirationsdruck und zwar so hoch, dass er sogar den Verschluss der Stimmbänder eventuell zu überwinden im Stande ist. Aus den Untersuchungen Verfassers ergibt sich nun, dass während der Inspiration die Trachea und die Hauptbronchien verengert sind. Es besteht in der Thoraxhöhle die Tendenz, ein Vacuum zu bilden. Diesem Bestreben leisten die Lungen am geringsten Widerstand. Sie dilatiren sich also und zwar betrifft die Dilatation hauptsächlich die wenig nachgiebigen, nicht knorpeligen Theile der Lunge. Während der Ruhe der Exspiration kontrahiren sich die Alveolen und die Luft wird in die Bronchien hineingedrängt, während sich der intrathoracale Druck etwas erhöht. Klafft die Stimmritze wie bei ruhiger Exspiration, so geht die Luft leicht nach aussen und Bronchien und Trachea werden in ihren Dimensionen wenig beeinflusst. Während des Gesanges, Schreiens, Hustens dagegen vollzieht sich eine sehr erhebliche Dilatation der Trachea und der Bronchien, denn die Luft wird niemals durch die freiwerdenden elastischen Kräfte der Lungen nach aussen getrieben, sondern die Thoraxwand wird aktiv und die intrapulmonale Luft, deren Austritt durch die annähernd geschlossene Stimmrize gehindert ist, wird einmal durch die Wirkung der Alveolen, andererseits durch die exspiratorischen Muskeln komprimirt. Es entsteht dadurch eine Dehnung der Bronchien, die am meisten in dem knorpeligen Theil der beiden Bronchien, weniger in den feineren Zweigen des Bronchialbaumes merkbar ist. Dieselben üben ihrerseits eine elastische Kompression auf die in ihnen enthaltene Luft aus. Die Pathogenie der Bronchiectasie steht in engem Zusammenhange mit diesen Thatsachen. Was die Ursachen des Leidens anlangt, so spielen prädisponirende und unmittelbar beeinflussende Momente (causae efficientes) eine gewisse Rolle. Zu den prädisponirenden Momenten gehören vor Dingen Entzündungszustände der Bronchien, durch welche die anatomischen Elemente alterirt werden und die Resistenz und Elasticität der Wand Einbusse erleidet. Abgesehen von diesen Entzündungen spielen Ernährungsstörungen der Bronchien, Sclerose, fettige oder atheromatöse Degeneration derselben eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zu den unmittelbaren Anlässen gehören häufiger Gesang, Schreien, Husten; insbesondere kann während der Hustenstösse eine Dilatation von grosser Ausdehnung entstehen, welche zuweilen sogar zur Ruptur führt. Fehlen Veränderungen der Bronchien, handelt es sich um weniger häufig auftretende Anlässe, so kann das Organ allmählich sein normales Kaliber wiedererlangen, dagegen wird es auf die Dauer diesen häufigen erhöhten Ansprüchen, die an seine Elasticität gestellt war, nicht genügen und wird mehr oder weniger deutlich gedehnt. Bezüglich der oberhalb und unterhalb der Bronchialstämme auftretenden Dilatationen gelten dieselben Gesetze. Der Druck der innerhalb des Bronchialbaumes befindlichen Luftsäule ist unter denselben Voraussetzungen zu betrachten, wie derjenige, welcher sich in dem Thorax befindet.

Cylindrische ampulläre Dilatationen entstehen in der Regel unter der Einwirkung prädisponirender Ursachen, weniger durch direkte Anlässe. Was die sogenannten kongenitalen Bronchiectasien anlangt, so handelt es sich hier wohl um eine besondere Erkrankungsform, die sich qualitativ von der erworbenen wesentlich unterscheidet. Was die Therapie der Bronchiectasie anlangt, so ist die Chirurgie ohnmächtig gegen die an mehreren Punkten gleichzeitige bestehende Extasien besonders wenn sie derartig beschaffen sind, das sie sich in einem Gewebe abspielen, in welchem nicht reparable Veränderungen, welche mit dem Verlust ihrer Funktionen verbunden sind, bestehen. In einigen Fällen kann es sich um Retention putrider Sekrete in Folge der Dilatation handeln, welche durch ihre Resorption Anlässe zu septischen Erkrankungen geben können. Hier ist natürlich eine gründliche Reinigung der betreffenden Bronchialabschnitte dringend indicirt. Leider ist dieselbe wegen der ernsten Prognose sehr häufig nicht anwendbar, besonders da Explorativ-Punktionen nicht gefahrlos sind.

(Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 68, 1893.)

*) Die vorliegende Abhandlung war zur Naturforscherversammlung 1892 fertig gestellt und entspricht nach ihrem Inhalte Vorlesungen, die ich seit mehreren Jahren als Einleitung zur Aetiologie der Infectionskrankheiten und Gährungen halte. Die neue quantitative Seite habe ich 1891 zum ersten Mal vollständig vorgetragen und auf Wunsch des Geschäftsleiters der Naturforscherversammlung von einer anderweitigen Veröffentlichung 1892 wegen des Ausfalls der damaligen Versammlung abgesehen. Durch eine Arbeit von PFEFFER 1893, welche wie alle bisherigen Arbeiten diese neue Seite des Problems nicht enthält, wurde ich auf die Arbeit von HELM von 1887 aufmerksam gemacht, die mich zu einer Aenderung resp. schärferen Formulirung eines Passus bestimmte, wel HELM allein die neue Seite der Frage geahnt, wenn auch nicht vollständig erkannt hat. Eine von MACH besonders vermerkte Arbeit von POPPER, welche wichtige erkenntnisstheoretische Beiträge enthalten soll, aber von seinen speciellen Fachgenossen ganz ignorirt wurde, konnte ich mir bis jetzt nicht verschaffen. Ich halte es für nöthig, dies ausdrücklich zu bemerken, weil es bei der zersplitterten Literatur möglich ist, selbst wichtige Arbeiten zu übersehen.

Société de Thérapeutique.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)
Sitzung vom Monate September 1893.

Dr. Constantin Paul: *Ueber die abgeschwächte Syphilis (de la syphilis atténuée).*

Es ereignet sich von Zeit zu Zeit, dass wir das gute Glück haben, einem Falle abgeschwächter Syphilis zu begegnen.

Wir bekommen einen jungen Mann mit einem inficirenden Chancre in Behandlung. Wir behandeln ihn, indem wir ihn zu gleicher Zeit auf die vorhandene Gefahr der Ansteckung aufmerksam machen, und indem wir ihn darauf vorbereiten, auf die späteren Anfälle, die secundären und tertiären Erscheinungen, gefasst zu sein.

Wir kündigen somit dem Kranken an, dass er sich einer vier- oder fünfjährigen Behandlung zu unterziehen haben wird, und dass er hierauf grosse Chancen hat, von der Syphilis nicht mehr behelligt zu werden.

In einer gewissen Anzahl von Fällen machte ich die Beobachtung, dass mich die Krankheit in meinen Vorhersehungen täuschte, und dass nach dem Verschwinden des inficirenden Chancre und dem Erscheinen der ziemlich geringfügigen secundären Symptome die Krankheit gewissermassen kein Lebenszeichen mehr von sich gab.

Ich suchte mir über die Ursache dieser Immunität Rechenschaft zu geben. Man findet die Ursache derselben nicht in der Constitution des Kranken, denn der Lymphatismus und die Scrophulose entwickeln sich in der gewöhnlichen Art mit den ulcerösen Formen und mit den Knochenaffectionen; der Herpetismus nimmt auch seinen gewöhnlichen Gang unter Reizerscheinungen und gibt sich überdies durch seine Unheilbarkeit kund, in Folge der Unmöglichkeit, das Medicamet zu vertragen. Der Arthritismus verleiht der Syphilis ebensowenig ein specielles Gepräge.

In zwei Fällen glaubte ich die Ursache für diese Immunität in dem Zustande des Vaters finden zu können, und über diese zwei Fälle wünsche ich zu berichten.

Der eine derselben betrifft einen robusten Mann, der im Alter von 20 Jahren — im Jahre 1824 — einen inficirenden Chancre acquirirt hatte. Während zweier Jahre zeigte er eine ganze Reihe secundärer Erscheinungen auf der Haut und auf den Schleimhäuten trotz einer sehr gewissenhaften und gut gehandhabten Behandlung. Hierauf setzte er die Behandlung noch mehr als ein Jahr lang fort, zu einer Zeit, zu der er keine Erscheinungen mehr aufwies.

Im Alter von 28 Jahre verheirathete er sich, bekam zwei prächtige Söhne, die vor Gesundheit strotzten, und glaubte sich nun vor jedweder Rückkehr der Syphilis bewahrt.

Sechunddreissig Jahre nach dem Chancre — im Jahre 1860 — wurde er von neuen Anfällen ergriffen. Er bekam eine syphilitische Sarkocele. Er liess sich von Velpeau behandeln, der zuerst einen malignen Tumor vermuthet hatte, der jedoch — da er die Antecedentien des Kranken kannte — zunächst eine specifische Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium versuchen wollte.

Diese Behandlung war von einem ausgezeichneten Erfolge begleitet und nach Ablauf von drei Monaten war keine Spur mehr von dem Tumor zu finden.

Sechs Monate hierauf wurde der Kranke von Schwindelanfällen ergriffen, welche die Folge der Behandlung waren. Diese Schwindelanfälle erschienen jedoch wieder, und zu ihnen gesellte sich nun eine Schwäche des linken Beines, das der Patient nachzuschleppen begann, und endlich im Monate September bekam er auch epileptiforme Anfälle. Es hatte deren ungefähr fünf an einem Tage. Es schien, als ob dieselben durch einen Aderlass zum Verschwinden gebracht worden seien, — aber in der darauffolgenden Nacht trat ein heftiges Delirium mit ausserordentlich starken Convulsionen ein. Wir hatten unser 5 Personen grosse Mühe, ihn ruhig zu halten.

Wir nahmen ausgedehnte Frictionen vor, wir verabreichten auch Quecksilber, um eine Salivation herbeizuführen, und nach Ablauf von acht Tagen war das Delirium verschwunden.

Der Kranke bekam wieder das Bewusstsein und behielt nur eine incomplete linksseitige Hemiplegie, die an dem Beine mehr ausgesprochen war als am Arm, die dem Kranken jedoch zu gehen gestattete, indem er dabei das Bein nachzuschleppen bemüssigt war. Diese Paralyse nahm allmälig ab und nach Ende eines Jahres war sie nicht mehr vorhanden.

Im darauffolgenden Jahre verhielt sich die Sache schon ganz anders; der Kranke bekam Icterus und Gummata in der Leber, einen Icterus, der trotz der specifischen Behandlung zwei Jahre lang anhielt. Später hatte der Kranke keine neuen Anfälle mehr und lebte noch acht Jahre. Im Alter von 68 Jahren wurde er von einer intercurrenten Lungenaffection dahingerafft.

Einer der zwei Söhne, der im Jahre 1836 geboren wurde, und das Alter von 20 Jahren erreicht hatte, als sein Vater neue Anfälle bekam, acquirirte zwei Jahre später einen inficirenden Chancre. Dieser Chancre dauerte drei Monate und war nur von leichten Anfällen begleitet, die nur ein Jahr lang anhielten. Der Kranke unterzog sich einer Cur in Luchon und bekam nichts mehr von der Krankheit zu sehen. Er heirathete zehn Jahre später und bekam vier prächtige Kinder, die gar keine Symptome der Krankheit darboten.

Die zweite in Rede stehende Beobachtung bezieht sich auf einen Mann, der im Alter von 22 Jahren einen inficirenden Chancre acquirirte, der drei Monate lang währte, und der von constitutionellen Erscheinungen in der Dauer von vier Jahren begleitet war.

Acht Jahre nach der Infection und vier Jahre nach dem Erscheinen des letzten Anfalles, verheirathete sich der Kranke. Er bekam zwei Kinder, die vollkommen gesund waren.

Später, im Alter von 39 Jahren, wurde er nach grossen Anstrengungen von einem circumscripten ulcerösen Syphilid befallen. Dasselbe war nicht sehr ausgedehnt, es bedurfte aber eines Zeitraumes von sechs Monaten, um dasselbe zur Heilung zu bringen, trotz der specifischen Behandlung.

Als eines der zwei Kinder 18 Jahre alt war, acquirirte es einen inficirenden Chancre, der drei Monate lang währte; hierauf traten secundäre Erscheinungen auf, wie z. B. Icterus und papulöse Syphilide.

Alle diese Erscheinungen waren innerhalb eines Jahres zu Ende.

Zehn Jahre später heirathete er und bekam schöne, ganz gesunde Kinder.

Es handelt sich hier somit um junge Leute, die Syphilis acquiriren, und die am Ende nur mit einer abgeschwächten Syphilis behaftet sind; eine vorübergehende Syphilis, die nach Ablauf eines Jahres beendigt ist; leichte Anfälle, die der Behandlung sehr leicht weichen und keine Spur der Krankheit mehr zurücklassen.

Da der Vater der Kinder zum mindesten fünf Jahre lang vor ihrer Zeugung keine syphilitischen Anfälle mehr darbot, so hatten die Kinder keine hereditäre Syphilis. Andererseits beweist das spätere Auftreten syphilitischer Erscheinungen beim Vater, dass die Krankheit bei ihm noch nicht erschöpft war, und dieser Umstand aber ist es, der mir die Vermuthung aufdrängte, dass man die Abschwächung der Syphilis auf Rechnung dieses Momentes setzen müsse.

Dies soll nicht bedeuten, dass man auch nicht andere Ursachen für die Immunität antrifft; aber diese Immunität schien mir interessant, um mitgetheilt zu werden.

Dr. R. Blondel: Es ist schon lange her, dass sich die Syphilidologen mit dieser grossen Frage beschäftigen, nämlich mit der Prognose der Syphilis und mit den Ursachen, welche dieselbe mehr oder weniger schwer gestalten können. Zunächst muss man sich — wie mein Freund Morel-Lavallée in einer ausgezeichneten Arbeit über diesen Gegenstand des Nähern ausgeführt hat — darüber verständigen, was denn eigentlich eine s c h w e r e Syphilis bedeute. Eine Syphilis mit Hauterscheinungen, multiplen und recidivirenden, die, nachdem sie den Kranken mehrere Jahre geplagt hat, keine tertiären Symptome hervorbringt oder dieselben auf einige Hauttumoren beschränkt, ist keine schwere Syphilis, das ist — wenn man will — eine unangenehme Syphilis; im Gegentheil, die Syphilis mit discreten secundären Erscheinungen, die plötzlich, ohne dass man auch im Allergeringsten irgendwelche Vorahnung davon haben würde, ein Gehirngumma zum Vorschein kommen lässt, das ist die wahrhaft s c h w e r e Syphilis. Das Element der Schwere liegt

in der Natur des ergriffenen Organs. In dieser Art, glaube ich, muss man die in Rede stehende Frage zu beantworten suchen.

Was nun die Factoren, welche diese Schwere der Erkrankung bedingen, betrifft, so hat man lange über diese Frage discutirt. Man hat das Temperament des Individuums beschuldigt, und in diesem Ideengange hatte sich soeben auch Dr. PAUL bewegt, indem er den sterilisirenden Einfluss der Heredität zugab. Ich erinnere an die classische Geschichte jenes Weibes, das in einer und derselben Nacht vier Studenten inficirte, und in welchen vier Fällen die Syphilis einen absolut verschiedenen Verlauf nahm, einen günstigen für den einen, und einen letalen für den andern.

Neben den Thatsachen dieser Art hat man auch eine Reihe anderer, nicht minder gut beobachteter Fälle angeführt, in welchen die Syphilis ihre ganze Schwere der Natur der Quelle, aus der sie stammte, entnommen zu haben scheint, wenn z. B. das inficirende Individuum derselben Rasse angehörte wie das inficirte; in gewissen Fällen hat man sogar beobachtet, dass eine Syphilis mit nervösen Erscheinungen mehrere Individuen befiel, indem sie bei diesen die hauptsächlich nervösen Localisationen hervorbrachte.

Ein Gedanke, der von Dr. GÉMY, aus Algier, ausgesprochen wurde, und der mir sehr plausibel erscheint, geht dahin, dass die Syphilis um so weniger schwer sei, als die Syphilis des inficirenden Individuums älter sei und sorgfältiger behandelt wurde. Die Syphiliden, die man bei einem Individuum acquirirt, das selbst erst vor kurzer Zeit inficirt wurde, und das sich noch keiner Behandlung unterzogen hatte, seien nach dieser Ansicht die schwersten Formen dieser Krankheit.

Es ist aber auch nicht minder wahr, dass die allgemeinen Gesetze, welche die Entwicklung einer jeden Infectionskrankheit beherrschen, auch hier ihre Rechte finden, und dass die Natur des Terrains eine bedeutende Rolle spielt; was ich jedoch hier hervorheben wollte, das ist der Umstand, dass dieses Terrain hier vielleicht nicht der einzige Factor, und dass die Qualität des Keimes nicht indifferent sei.

Was die Rolle der Heredität betrifft, namentlich die der paternellen Heredität, so ergeben sich auch hier mehrere interessante Fragen. Die Beispiele der Syphilitischen, welche gesunde, ja sogar immunisirte Kinder zur Welt gebracht haben, und die später tertiäre Erscheinungen darboten, sind ausserordentlich zahlreich.

Wie soll man sich nun diese Latenz des Virus erklären? HUTCHINSON glaubt, dass das infectiöse Agens während des Stillstandes, der die tertiäre Periode von der secundären trennt, in die Eingeweide seine Zuflucht nimmt, speciell in die Leber. Andere sind wieder der Ansicht, dass die Totalinfection eine primäre sei, und dass die Localisationen in den Eingeweiden, die während der tertiären Periode zum Vorschein kommen, schon zur Zeit der ersten Invasion entstehen, zu einer Zeit, zu der das Blut selbst virulent ist, und dass sich diese Localisationen an den Orten des geringsten Widerstandes des Individuums bilden. Nach der secundären Exacerbation nimmt die Contagiosität allmählig ab. Es ist somit gestattet, die Frage, aufzuwerfen, ob das Serum, das gewiss immunisirt ist, zu dieser Zeit keine mikrobicide Beschaffenheit annimmt, und ob es nicht dieses Serum mit seiner Immunität sei, welches dem Sprössling überliefert wird.

Immunisirt denn nicht der syphilitische Fötus seine Mutter?

Die tertiäre Syphilis mit ihrem Mangel an Contagiosität, mit ihrem ganz verschiedenen klinischen Verhalten, mit ihren oft p a r a s y p h i l i t i s c h e n Affectionen — wie sie FOURNIER nennt — z. B. Ataxie, allgemeine Paralyse, — die tertiäre Syphilis, sage ich, zeigt ein ganz verschiedenes Verhalten, und man beginnt Fälle kennen zu lernen — Fälle, die allerdings äusserst selten sind, in denen während der tertiären Periode eine Reinfection erzielt werden konnte.

Dasselbe gilt von der hereditären Syphilis. Ich glaube, dass es sogar auf der Klinik von Prof. FOURNIER selbst war, wo man voriges Jahr ein Individuum mit einem Chancre behaftet, welches früher auf derselben Klinik einige Jahre lang wegen Erscheinungen von hereditärer Syphilis behandelt worden war, wieder aufzunehmen bemüssigt war.

Ich möchte diese Betrachtungen mit der Mittheilung einer Beobachtung abschliessen, aus der ich momentan gar keine Schlussfolgerung ableite, einer Beobachtung, die an und für sich nichts beweist, da es sich um eine einfache Coincidenz handeln konnte; wenn aber die praktischen Aerzte eine gewisse Zahl solcher Beobachtungen in ihrer Clientele sammeln können, so könnte uns vielleicht deren Gruppirung auf die Spur neuer interessanter Thatsachen bringen.

Die Beobachtung ist folgende: M. B. pflegte im Alter von 30 Jahren, während seiner Ferien in einer Garnisonsstadt, in der Dauer eines Monats, fast täglichen Verkehr mit einem Weibe, welches an ausgesprochener secundärer Syphilis litt. Sie bot die Erscheinungen von Plaques muqueuses der Nase und der Vagina dar, und ausserdem Hautpapeln und Adenitis cervicalis. Die Diagnose wurde von einem mit mir befreundeten Arzte gemacht, der zufällig mit dem in Rede stehenden Weibe zusammengekommen war. Einen Monat lang verbrachte M. B. in Angst, er erfuhr sogar, dass einer seiner . . . . Mitarbeiter sich soeben mit einem prächtigen Chancre bereichert hatte; aber was ihn betrifft, so sah er nichts Böses kommen. Trotz der sorgfältigsten Untersuchung, die während drei Monaten vorgenommen wurde, konnte man gar kein Zeichen der Ansteckung constatiren. M. B. war zu dieser Zeit jung, kräftig, erfreute sich eines ruhigen Lebens, hielt sich in guter Luft auf und bot eine ausnahmsweise robuste Constitution dar.

Acht Jahre verstrichen. M. B. wird von multiplen Phlegmonen des Arms befallen, die seine Gesundheit stark erschüttern. Die Eiterung dauert lange. Das Individuum verliert 22 Pfund von seinem Körpergewichte und wird ganz entstellt. Nachdem er sechs Wochen bettlägerig war, bekommt er zu Ende dieser Zeit den Besuch seiner Maitresse, führt einen Coitus aus, und 21 Tage später bemerkt er die Anwesenheit eines sehr schönen Chancres. Jetzt leidet er an einer äusserst hartnäckigen Syphilis; das inficirende Individuum, das ich untersuchte, litt an einer ganz frischen Syphilis (Chancre) und hatte sich gar keiner Quecksilberbehandlung unterzogen; dies passt sehr wohl zur Theorie von Dr. de GÉMY.

Dr. C. PAUL: DIDAY hat Fälle von syphilitischer Reinfection citirt; er konnte sogar constatiren, dass die zweite Syphilis beträchtlich weniger schwer war, als die erste. Ich glaube an den Einfluss des Terrains bei dem Individuum, dem die Syphilis überliefert wird. Der Herpetismus bildet einen offenbar erschwerenden Umstand.

Ich erinnere mich an einen meiner Kranken, an einen jungen Mann von 20 Jahren, syphilitisch, Sohn einer herpetischen Mutter und der zwei herpetisch veranlagte Onkel hatte. Trotz der Behandlung bot er epileptiforme Anfälle dar. Die spezifische Behandlung war bei ihm schwer anwendbar; von dem Momente an, in dem er Quecksilber nahm, war er von Eczema bedeckt. Ich liess ihn jedwede Behandlung aufgeben und schickte ihn nach Algier. Nach Ablauf eines Jahres waren die Schwindelanfälle verschwunden, und mein Patient befand sich besonders wohl; nach einem zweimonatlichen Aufenthalte in Paris kamen das Eczema und die Syphilis von neuem zum Vorschein. Ich schickte ihn wieder nach Algier zurück; bei seiner Ankunft hatte er ausserordentlich schwere Knochenunfälle und man musste ihm 19 subperiostale Abscesse successive öffnen.

Dr. R. BLONDEL: Ich behandle jetzt zwei Brüder, welche beide herpetisch sind; der eine hatte Acne am Gesicht und Psoriasis am Stamme, der andere Angina herpetica zu wiederholten Malen, und Pityriasis capitis. Beide haben Syphilis acquirirt und zwar bei einer Zeitdifferenz von einem halben Jahre und bei verschiedenen Gelegenheiten. Der eine bot nur unbedeutende Symptome dar, einige Plaques muqueuses; nichts an der Haut; der zweite hat seit sechs Monaten Plaques, die trotz der energischesten Behandlung, wie z. B. Frictionen und Injectionen von Calomel, recidiviren. Er ist mit enormen und sehr hartnäckigen papulösen Syphiliden und Syphyliden an der Palma manus behaftet, und heute bietet er überdies eine partielle Paralyse des Armes dar. Ich glaube jedoch, dass meine beiden Patienten auch, was das Temperament betrifft, möglichst miteinander vergleichbar sind; die beiden Brüder unterscheiden sich kaum um ein Jahr im Alter. Ich frage mich daher, ob man nicht hier die Beschaffenheit des Keimes beschulden müsse. Der am schwersten Betroffene bekam seine Syphilis von einer ver-

heiratheten Frau, die ihr Leiden nicht kannte und niemals behandelt wurde; der erste, der kaum von der Syphilis betroffen wurde, holte sich dieselbe bei einer Professionsprostituirten, die schon mit Quecksilber behandelt worden war. *R—x.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Haut-Anomalien bei inneren Krankheiten.

Klinische Vorträge für Aerzte und Studirende.

Von **Dr. S. Jessner.**

Verlag von August Hirschwald. Berlin 1893.

Die bekannten mannigfaltigen Beziehungen, welche Allgemeinerkrankungen sowie pathologische Zustände innerer Organe zu den Veränderungen des Hautorganes besitzen, bilden das interessante Thema des vorliegenden schmächtigen Werkchens (116 Seiten) des, durch seine dermatologischen Studien bereits gekannten Autors, das seinem Zwecke, sich als Bindeglied für die beiden in Rede stehenden Disciplinen zu erweisen und die Wichtigkeit der Hautveränderungen für den Internisten, der inneren Krankheiten für den Dermatologen darzuthun — im vollsten Masse gerecht wird.

Vom Standpunkte des inneren Mediziners zieht Verfasser, dem die gründlichste Kenntniss beider Disciplinen gleich zur Verfügung steht, hauptsächlich jene Hautanomalien in das Bereich seiner Erörterungen, die entweder als Theilerscheinungen und Symptome innerer Leiden zu betrachten sind, oder aber zu solchen in ätiologische und pathologische Beziehungen gebracht werden; entsprechend den Erkrankungen der einzelnen Organsysteme erörtert Verfasser in dem knappen Rahmen von zwölf Vorträgen das reiche Material, wobei er nebst eines reichen Erfahrungswissens, eine umfassende Literaturkenntniss mit besonderer Routine zu verwerthen weiss, welch' letztere aber Verfasser öfter zur breiteren Darlegung von Fragen verleitet, die vom gestellten Thema bedenklich seitwärts liegen, wodurch die Uebersicht bei der sonst so koncisen Darstellung des reichen Stoffes wiederholt empfindlich gefährdet wird.

Einer derartigen, namentlich nach der Seite der Pathologie hin verbreiteten Schilderung, begegnen wir gleich im ersten, die Leber- und Gallenwege-Erkrankungen behandelnden Vortrage, der mit Ausnahme des Xanthelasmas, ausschliesslich die Pathologie des Icterus erörtert.

Im nächsten Abschnitte, der die Affektionen des Digestionstraktes berücksichtigt, finden sich Mund- und Rachenaffektionen besprochen, die entweder nur als Theilerscheinungen von Hautaffektionen (Lichen ruber, Pemphigus) aufzufassen sind, oder aber zu solchen in keinerlei Beziehung stehen, wie das Carcinom der Zunge, während die interessanten Relationen zwischen den Digestionsstörungen und Intoxicationsexanthemen nur ganz nebensächlich abgethan werden.

Von den Krankheiten der Respirationsorgane sind in zweckmässiger Weise, um Wiederholungen zu vermeiden, alle jene zusammengefasst, die mit Cyanose verbunden sind oder einhergehen können; eingehende Erörterung erfahren: die croupöse Pneumonie in ihrer Beziehung zum Herpes facialis und Icterus, die Lungentuberkulose in ihrem Verhältniss zum Lupus, der wahren Hauttuberkulose, den profusen Schweissen, trophischen und vasomotorischen Störungen der Haut, und das Asthma bronchiale, in der vielfach, neuerdings wieder von NOORDEN betonten, ebenso auffallenden als räthselhaften Beziehung zu chronischen ausgebreiteten Ekzemen. Wozu in diesem Abschnitte die Thermopalpation besprochen wird, ist gänzlich unverständlich.

Entsprechend den wenig ausgeprägten Hautveränderungen im Verlaufe von Herzkrankheiten, ist der nächste Abschnitt ziemlich kurz gefasst, trotzdem er sich auch auf die Erörterung des Morbus Basedowii (Quaddelbildung, Bronzefärbung, Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes) und des Myxödems ausbreitet.

Bei den Erkrankungen der Nieren, Nebennieren und des Genitalapparates werden die Oedeme, Urhidrosis (bei Urämie), Morbus Addisonii, Chloasmen, Acne rosacea und die verschiedenen Menstruationsexantheme des Genaueren gewürdigt. Bei der bemerkenswerthen Literaturkenntniss des Verfassers lässt es uns Wunder nehmen, dass der nunmehr allgemein gekannten Impetigo herpetiformis, die fast ausschliesslich im Anschlusse an weibliche Genitalaffektionen zur Entwicklung gelangt, nicht mit einem Worte gedacht wird.

Gleich den meisten Affektionen, erfahren auch die Nervenaffektionen in erster Reihe vom Standpunkte des Internisten ihre Betrachtung. Von den Hautveränderungen bei Rückenmarkserkrankungen erfährt nur der im Gefolge von entzündlichen Prozessen auftretende Decubitus acutus eine genauere Besprechung, für dessen trophische Natur das Vorkommen eines halbseitigen Decubitus cerebralis, wie ihn CHARCOT besonders im Geleite von Herdaffektionen des Hirns beschrieben hat, angeführt wird. Die veschiedenen Sensibilitäts- und Sekretionsanomalien, sowie die trophischen und vasomotorischen Störungen, wie solche bei Syringomyelie, Systemerkrankungen, Sympathicusaffektionen, sowie organischen und funktionellen Hirnerkrankungen vorhanden sind, werden nur kurz behandelt.

In dem Kapitel der sogenannten Blutkrankheiten werden die verschiedenen Farbennuancen der Haut, die Anomalien der Schweisssekretion, die Hautblutungen und Hautinfiltrationen (bei Leukämie, Pseudoleukämie) im Zusammenhange erörtert.

Bei den Konstitutionsanomalien finden die Harnsäureablagerungen der Arthritiker, die diabetische Furunkulose, Gangrän, Balanitis, Vulvitis, ferner die als BARLOW'sche Krankheit bezeichnete scrobutähnliche Erkrankung der Säuglinge, die oft mit Rhachitis in Verbindung tritt, ihre Würdigung.

Von spezifischen skrophulösen Hautleiden und sonstigen Veränderungen bei Skrophulose sind, der Lichen skrophulosorum, die Acne cachecticorum, das Skrophuloderma und das Ekzem besprochen, wobei sich Verfasser an die wenig gekannte Eintheilung von HEBRA jun. hält.

Das für die Betrachtungen wichtigste und ergiebigste Gebiet stellen die Infektionskrankheiten dar, die in eingehendster Weise in den letzten zwei Vorträgen abgehandelt werden. Von den chronischen Affektionen ist es die Syphilis, die entsprechend ihren vielfachen Beziehungen zur allgemeinen Decke die genaueste Erörterung erfährt, während von den akuten Formen, nebst den akuten Exanthemen, hauptsächlich der akute Gelenksrheumatismus, Influenza, Diphtheritis, Cholera und die Typhusarten in ihren Beziehungen zu Purpuraformen, Erythemen, Herpes-Eruptionen und Roseolen besprochen werden. *N.*

Studien über die Specificität, den Altruismus und die Anaplasie der Zellen

mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste.

Von

Dr. David Hansemann,

Assistent am pathologischen Institute und Privatdocent an der Universität Berlin.

Mit 13 Tafeln und 2 Figuren im Text.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie schon rühmlichst bekannte Verfasser hat in dem vorliegenden Werke eine Summe langjähriger Erfahrungen und gewissenhafter Forschungen niedergelegt. Die erste Frage, deren Erledigung sich HANSEMANN in diesem Buche zuwendet, ist die von der Existenz der Metaplasie der Zellen. Das der Fortpflanzung dienende Stadium ist für jeden Organismus der Moment, in dem er das Individuelle fast völlig abstreift und im Artcharakter aufgeht. Für die Zelle ist der Moment der Zelltheilung, der im angegebenen Sinne in Betracht kommende. In diesem Stadium muss man daher die Zellen untersuchen, um die Charaktere der betreffenden Zellgattungen erkennen zu können. Da kann man nun nach HANSEMANN constatiren, dass die verschiedenen Zellenarten wirklich constante Verschiedenheiten aufweisen, die sich an allen Details der Kerntheilung verfolgen lassen. Es besteht daher eine Specificität der Zellen, eine Metaplasie findet nicht statt. Mit der Aufstellung dieses Satzes wird aber die Erklärung einer anderen Thatsache erschwert, nämlich der Thatsache, dass ja einst alle Zellen aus einer Zelle hervorgegangen

sind. Zur Erklärung dieser Thatsache acceptirt HANSEMANN die Plasmentheorie und nimmt zur Erklärung der Specificität der Zellarten an, dass zwar neben dem Hauptplasma noch Nebenplasmen in der Zelle zurückgeblieben sind, dass aber durch eine ungleiche Theilung eine Ueberzahl des Hauptplasmas (und in Folge dessen die Specificität) resultire.

Die qualitativ ungleiche Theilung dient aber gleichzeitig zum Verständniss des Altruismus der Zelle, dem der zweite Abschnitt des Werkes gewidmet ist. Zunächst ist unter Altruismus nur der unbedingte Zusammenhang zwischen den einzelnen Zellarten verstanden, der nothwendig aus der Keimplasmatheorie resultirt. An einem Schema erläutert nun HANSEMANN, wie er sich die fortschreitende Differenzirung der Zellarten vorstellt, und wie bei fortschreitender Differenzirung ein immer stärkeres Ueberwiegen einzelner Plasmaarten eintreten muss. Dadurch wird aber die Zellthätigkeit immer einseitiger, jede Zellart immer mehr auf die anderen Zellarten, respektive auf ihre «Antagonisten» angewiesen. In sehr geistreicher Weise führt nun Verfasser die zweifache Thätigkeit der Organe, die positive und die negative, aus. Als negative Function bezeichnet HANSEMANN diejenige, die gewisse Stoffe aus dem Körper eliminirt, als positive diejenige, die dem Körper Stoffe zuführt. Unsere Kenntnisse in dieser Beziehung sind noch recht mangelhaft, so kennen wir z. B. von der Niere die negative Function — Harnsecretion — sehr genau, während uns von der positiven so gut wie nichts bekannt ist. HANSEMANN ist nun geneigt, manche Symptome bei Nierenerkrankungen z. B. die rasch auftretenden Hautödeme, einzelne Erscheinungen der Urämie durch Ausfall der positiven Nierenfunction zu erklären. Auch für andere Organe ist diese Theorie der positiven und negativen Functionen in sehr geistvoller Weise ausgeführt.

Der letzte Abschnitt des Werkes handelt von der Anaplasie der Zellen. Als anaplastische Zellen bezeichnet HANSEMANN solche Zellen, welche an Differenzirung verloren haben, also schon einmal höher differenzirt waren. Anaplastische Zellen stehen aber in einem gewissen Gegensatze zu embryonalen Zellen. Dieselben Veränderungen, die Verfasser als anaplastische bezeichnet, findet er auch im Gewebe der Carcinome und er bezeichnet die Veränderung in den Carcinomen als direct eine anaplastische. Die anaplastische Zelle hat einen geringen Grad von Altruismus gegenüber den übrigen Körperzellen und eine grössere selbstständige Existenzfähigkeit. Anaplastische Veränderungen findet man nur in bösartigen, niemals in gutartigen Tumoren. Endlich betont HANSEMANN ausdrücklich, dass durch seine Deductionen die A e t i o l o g i e der malignen Tumoren nicht erklärt sei, dass ihm ein solcher Versuch auch vollkommen ferne gelegen sei.

Das äusserst anregende und originelle Werk, das HANSEMANN seinem Lehrer VIRCHOW gewidmet hat, wird wohl ernste Beachtung finden und den Anstoss zu weiterer Arbeit auf diesem schwierigen Gebiete geben. Die Lecture dieses ganz ausgezeichnet geschriebenen Buches gewährt einen wirklichen Genuss und viele Belehrung.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche, die zahlreichen Mikrophotographien sehr gut gelungen. *J. S.*

Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde.

Ein Vortrag von **Dr. Ewald Hacker,**

Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Wiesbaden und Johannisberg a Rh.

Verlag von J. F. B e r g m a n n. Wiesbaden 1893.

Die zahlreichen Brochüren, die im Laufe der letzten 2—3 Jahre über die Suggestion als Heilmittel erschienen und selten etwas Neues enthalten, haben doch stets einen gewissen Werth, wenn sie der Feder eines verständigen und erfahrenen Arztes entstammen. Denn noch immer ist die Stellung des Hypnotismus und der Suggestion als wissenschaftliche Lehre nicht gefestigt genug, um der Fürsprecher entrathen zu können. In diesem Sinne ist HACKER's Vortrag mit Anerkennung aufzunehmen, und er selbst sagt, dass er es als seine Pflicht ansah, den vielen Anfeindungen gegenüber, welche die Suggestionstherapie noch immer erfährt, mit seinem Urtheil offen hervorzutreten. In die klare und lesenswerthe Schrift sind einige Krankengeschichten eingestreut, die den Skeptikern von Profession bestens empfohlen seien. *A. S.*

Mikrophotographischer Atlas der Bakterienkunde.

Von **Prof. Dr. C. Fränkel** und **Dr. Richard Pfeiffer.**

II. Auflage. — 5. und 6. Lieferung.

Verlag von A u g u s t H i r s c h w a l d. Berlin 1893.

Vorliegendes Heft enthält den Schluss der den Milzbrandbacillen gewidmeten Abbildungen, ferner Darstellungen des Heubacillus, Rauschbrandbacillus, Bacillus des malignen Oedems, Tetanusbacillus und Tuberkelbacillus. Die Photographien sind durchwegs so gut gelungen, dass es schwer fällt, einzelne als besonders vortreffliche hervorzuheben. Indessen erscheinen uns Nr. 49 (Geisseltragender Oedembacillus), Nr. 56 und 57 (Kulturen des Tetanusbacillus) als die bestgelungenen dieses Heftes. Wie in den anderen Heften zeichnet sich auch in diesem der Text durch prägnante Fassung und musterhafte Klarheit aus. *J. S.*

Zeitungsschau.

Aus der königlichen Universitätspoliklinik für Nervenkranke zu Breslau.

Ludwig Mann: Ueber das Vorkommen motorischer Störungen bei der Ischias, mit Einschluss der ischiadischen Wirbelsäulenverkrümmungen. (Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 51, Heft 6. 1893)

WERNICKE machte die Beobachtung, dass sich in Fällen von Ischias ganz gewöhnlich auch Muskelparesen im Gebiete der schmerzenden Nerven nachweisen lassen. Diese Beobachtung veranlasste den Verfasser, zu untersuchen, in einer wie grossen Zahl der Fälle die Ischias dieses Begleitungssymptom aufweist, und dabei festzustellen, in welchen Muskeln die motorische Störung sich zu localisiren pflegt.

Von 47 Fällen von Ischias kommen hier nur 27 in Betracht, da nur bei diesen die Motilität genau untersucht wurde.

In diesen 27 Fällen von Ischias konnte Verfasser eine P a r e s e d e r U n t e r s c h e n k e l b e u g e r (biceps, semimembranosus, semitendinosus) constatiren. In einigen Fällen war die Erregbarkeit der paretischen Musculatur leicht herabgesetzt, in den meisten jedoch völlig intact. Qualitative Veränderungen wurden keine vorgefunden.

Am Gange der Patienten konnte man keine Merkmale der Unterschenkelbeugerparese wahrnehmen.

In anderen vom Nervus ischiadicus versorgten Muskeln konnte eine Parese nur selten constatirt werden. So fand Verfasser in einem Falle neben der Beugerschwäche eine Schwäche des Gastrocnemius, in einem zweiten Falle bestand ausser der Schwäche des Unterschenkelbeuger eine Schwäche der Dorsalflexoren des Fusses und in einem dritten Falle liess sich eine Schwäche der Plantarflexoren und der Dorsalflexoren constatiren.

Es ergibt sich also, dass die Erkrankung, die man im Allgemeinen als eine einfache Neuralgie des Ischiadicus aufzufassen pflegt, in vielen Fällen viel complicirter sich gestaltet, indem nicht nur die sensiblen, sondern auch die motorischen Fasern befallen sind. In den meisten dieser Fälle wird wohl eine N e u r i t i s i s c h i a d i c a zu diagnosticiren sein.

Verfasser hat ferner acht Fälle beobachtet, in welchen neben der Ischias motorische Störungen nicht nur im Gebiete des Nervus ischiadicus selbst, sondern auch im Gebiete anderer Nerven des Plexus sacralis und auch des Plexus lumbalis vorlagen. So bestand in zwei Fällen eine Lähmung des Glutexus maximus. Die faradische Erregbarkeit war in einem dieser Fälle völlig aufgehoben,

in dem zweiten sehr stark herabgesetzt und in beiden zeigte sich eine Verlangsamung der galvanischen Zuckungsform. Ausserdem war noch in einem der beiden Fälle eine Schwäche des Glutaeus medius zu constatiren. Zwei Mal wurde eine Schwäche des Glutaeus medius bei erhaltenem maximus beobachtet.

Die motorischen Fasern des Nervus cruralis waren 4 Mal befallen, d. h. es bestand eine Parese des Unterschenkelstreckers (M. quadriceps).

In zwei weiteren Fällen liess sich eine Schwäche der Bauchmusculatur constatiren. Die Schwäche kennzeichnete sich dadurch, dass jedesmal bei tiefer Exspiration eine Verziehung des Nabels nach der gesunden Seite stattfand, ferner dadurch, dass beim Aufrichten des Rumpfes aus der Rückenlage derselbe nach der gesunden Seite abwich.

* * *

Die ischiadische Scoliose besteht bekanntlich in einer Seitwärtskrümmung des lumbalen Abschnittes der Wirbelsäule mit der Convexität nach der kranken Seite und in einer compensatorischen, umgekehrt gerichteten Scoliose der Dorsalwirbelsäule.

Zur Erklärung der ischiadischen Scoliose wurde eine ganze Reihe von Theorien aufgestellt, denen Verfasser aber nicht beistimmen kann, denn durch seine Beobachtungen wurde er zu einer ganz anderen Auffassung über die Ursachen der ischiadischen Scoliose gedrängt.

Da Paresen nicht nur der vom Ischiadicus, sondern auch von anderen Nerven des Plexus sacralis und lumbalis versorgten Muskeln die Ischias so ausserordentlich häufig begleiten, so konnte nichts natürlicher scheinen, als dass eine derartige Erkrankung der motorischen Nerven sich gelegentlich in dem Erector trunci localisiren könne. Eine einseitige Paralyse oder Parese dieses Muskels muss aber nothwendiger Weise zu einer Scoliose (mit der Convexität nach der erkrankten Seite) führen, da das Aufrechterhalten der Wirbelsäule in gerader Richtung nur bei völlig gleicher Energie der beiderseitigen Musculatur möglich ist. Die so entstehende Scoliose muss ferner mit der Neigung der Rumpfes nach vorne verbunden sein, weil der Erector trunci ausser der Seitwärtsneigung auch die Streckung des Rumpfes zu besorgen hat, sein Ausfall also die entgegengesetzte Bewegung (Vorwärtsbewegung) zur Folge haben muss.

An der Hand von weiteren 6 Fällen sucht Verfasser seine Ansicht näher zu begründen und zum Schlusse fasst er die Resultate seiner Untersuchungen folgendermassen zusammen:

1. Die Ischias wird ausserordentlich häufig von Paresen sowohl der vom Ischiadicus selbst als auch der von anderen Nerven des Plexus lumbro-sacralis versorgten Muskeln begleitet. Am häufigsten findet sich eine Parese der Unterschenkelbeuger.
2. Die paretischen Muskeln zeigen meist nur eine leichte Atrophie und geringe oder keine Veränderungen der electrischen Erregbarkeit.
3. Erstreckt sich die Parese auf den M. erector trunci, so entsteht die typische, mit der Convexität nach der kranken Seite gerichtete Scoliose (gekreuzte Scoliose).
4. Es kann vorkommen, dass die Neuralgie des Ischiadicus nur einseitig ist, aber doch eine doppelseitige auf beiden Seiten Mobilitätsstörungen mit sich führende Erkrankung des Plexus lumbo-sacralis vorliegt. Ist in einem solchen Falle der Erector trunci der nicht neuralgischen Seite befallen, so entsteht die anomale, homologe Scoliose (Convexität nach der nicht neuralgischen Seite). Die Möglichkeit, dass in anderen Fällen diese homologe Scoliose auch durch Spasmus des Muskels auf der neuralgischen Seite entstehen kann, will ich desshalb nicht in Abrede stellen.
5. Ist die Ischias von einer doppelseitigen Parese der Bauchmuskeln begleitet, so entsteht eine Lordose der Lendenwirbelsäule: ein Krankheitsbild, welches man als Ischias lordotica bezeichnen kann.

Rdt.

Dr. Teodorico Tessari (Padua): **Die Chromotherapie der unzugänglichen Neubildungen.** (Deutsche Mediz.-Zeitung Nr. 68, 1893.)

Aus dem Resultat der Behandlungen von 6 Kranken ist Verfasser zu nachstehendem Resultate gelangt:

1. Die von Mosetig vorgeschlagene Chromotherapie hat in den beobachteten Fällen zum Theil ihre Bestätigung gefunden.
2. Die Annahme, dass der vom Thiere stammende Farbstoff (Kochenille) bessere Resultate erzeugt als der der Chromaniline, hat sich als richtig erwiesen.
3. Das Pikrokarmin verhütete nicht das Wachsthum der Tumoren, milderte nicht den Schmerz und stillte nicht die jauchige Sekretion.
4. Dagegen zerstörte das Fuchsin neoplastische Knötchen, mässigte oder beseitigte sogar mitunter die Schmerzen, unterdrückte den widrigen Geruch und reduzirte oder beseitigte die Entwickelung des Sekretes.
5. Das Methylviolett beseitigte nicht die Neoplasmen, aber leitete eine markante Verlangsamung der Entwickelung ein, unterdrückte den Schmerz und den fauligen Verfall.
6. Bei vorsichtiger Anwendung verursachen alle drei Substanzen keine toxischen Erscheinungen; möglicherweise treten diese auch nicht beim Gebrauch höherer Dosen auf.

Marie: Behandlung der Keloide mit hypodermatischer Injektion von Kreosotöl. (Monatsheft für Praktische Dermatologie Bd. XVII, Nr. 4).

Marie betrachtet die Keloide als infektiöse Neubildung. Nicht nur, dass nach Excision in einem Falle lokales Recidiv eintrat, sah Verfasser auch nach Skarifikation eines Keloid an verschiedenen Stellen Keloide auftreten, wo keine Wunden und Narben sassen und nimmt an, dass das infektiöse Agens durch die Skarifikation in den Kreislauf gebracht ist. Deshalb empfiehlt Marie, von jeder Operation der Keloide abzusehen, sondern sie mit Injektionen von 20%igem Kreosotöl zu behandeln. Darnach schwillt die Oberfläche an und wird blass, nach 2—3 Tagen livide. Darauf treten Eiterherde auf, welche die Zerstörung der Geschwulst bewirken. Der Schmerz nach den Injektionen dauert mehrere Stunden. Diese Behandlung erzielt nicht nur Destruktion, sondern scheint auch sekundäre Verschleppung zu verhindern.

Jeannel: Behandlung der chirurgischen Tuberkulose durch kochendes Wasser. (Centralblatt für Chirurgie Nr. 35, 1893.)

Maurel in Toulouse hat den Einfluss hoher Temperaturen auf die Tuberkelbacillen experimentell geprüft und ist dabei zu beachtenswerthen Ergebnissen gelangt. Er fand u. A., dass Temperaturen von 90—95° C. die Bacillen sofort unfähig machen, die weissen Blutkörperchen zu zerstören, solche von 65—70° dies nach 1 Stunde bewirken, solche von 43—44° es nach 3 Tagen thun, solche von 41—43° bei bestehendem Fieber von 40—41° nach 15 Stunden die Bacillen derart schwächen, dass die Leukocyten ihnen wenigstens 7 Stunden lang widerstehen können.

Für die chirurgische Behandlung der Tuberkulose mittels hoher Temperaturen ergibt sich hieraus, dass man zwei Wege einschlagen kann: entweder kurze Einwirkung hoher Hitzegrade über 70°, oder lange Einwirkung von Temperaturen unter 70°. Die erste Methode wurde neuerdings von Félizet empfohlen (cf. das Ref. in d. Bl. 1803 Nr. 23.) Die zweite, langsame Methode haben Clado und Verneuil bereits 1891 angegeben. Sie construirten eine Art Ofen, in dem Ziegelsteine auf 130° erhitzt wurden; das in Watte eingehüllte erkrankte Glied wurde auf die Steine gelagert und der Hitzeeinwirkung stundenlang ausgesetzt. Abgesehen von der Umständlichkeit und Schmerzhaftigkeit des Verfahrens bezweifelt Jeannel wohl mit Recht, dass die Temperatur im Krankheitsherd selbst dabei hoch genug wurde, um die Bacillen zu zerstören. Er verfiel daher auf die Idee, statt der trockenen feuchte Hitze anzuwenden, um auf diese Weise eine Sterilisation der Tuberculoseherde zu erzielen.

Er verfuhr je nach der Natur des Krankheitsherdes verschieden. Kleinere Höhlenwunden werden zuerst ausgeschabt und gereinigt, dann mit kaltem Salzwasser vollgegossen und in dies nun ein weissglühender Thermocauter getaucht, bis das Wasserkocht. Man erhält die Flüssigkeit 5—20 Minuten lang im Kochen. Bei noch nicht eröffneten kalten Abscessen soll man 2 Trokars in dieselben stossen; durch den einen führt man ein Gummirohr in den Abscess, auf den anderen kommt ein Trichter, durch den kochendes Wasser eingegossen wird, das aus dem Drain wieder abfliesst. Nach frischen Gelenkresektionen wird entweder kochendes Salzwasser direkt in die Wunde gegossen, oder bei Fistelbildung Wattetampons in die heisse Lösung getaucht und dann in die Wunde gebracht. Die umgebende Haut wird durch Compressen, die mit kalter 1‰iger Sublimatlösung imbibirt sind, vor Verbrühung geschützt.

Die Folge dieses Verfahrens schildert JEANNEL folgendermassen: Die ganze verbrühte Fläche bekommt das Aussehen wie gekochtes Rindfleisch. Capilläre parenchymatöse Blutungen stehen sofort; grössere Gefässe müssen nach Abnahme des ESMARCH'schen Schlauches unterbunden werden. Vom Tage nach der Operation ab beginnt eine starke Secretion, die einen häufigen Verbandwechsel erforderlich macht. Nach Ablauf von 5—8 (!) Tagen hört die Secretion auf; die Wunden verlieren ihr graues Aussehen, granuliren stark und gehen einer raschen Vernarbung entgegen.

Practisch hat JEANNEL seine Methode bis jetzt erst in 11 Fällen erprobt; 4 mal handelt es sich um verzweifelte Fälle tuberculöser Gelenkaffection, wo nur noch die Amputation in Frage kam, 7 mal um leichtere Fälle derselben Categorie, die noch nicht behandelt worden waren. Die letztgenannten sind zu frischen Datums, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten; von den ersten 4 Patienten sind 2 geheilt und 2 gebessert.

P. J. Kolsky: Ueber den Einfluss der meteorologischen Verhältnisse auf die Entstehung der croupösen oder fibrinösen Pneumonie. (Zeitschr. für klin. Medizin. 22. Bd., 4. u. 5. Heft. — Allgem. Medizin. Central-Zeitung. Nr. 70. 1893.)

Die unter ERISMANN's Leitung gefertigte Moskauer Dissertation umfasst 6198 Pneumoniefälle, welche sich über 13 Jahre vertheilen. Zum Vergleiche standen dem Verfasser genaue Aufzeichnungen über Temperatur, Barometerstand, relative Feuchtigkeit, Sättigungsdeficit, Richtung und Stärke des Windes und atmosphärische Niederschläge für die betreffenden Jahre zur Verfügung. Seine Resultate sind folgende:

1. Die Witterungsverhältnisse spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht die hauptsächlichste, wie man früher dachte, so doch eine bedeutende Rolle.

2. Um den richtigen Werth des Witterungseinflusses auf die Entwicklung der Pneumonie zu begreifen, ist ausser einem grossen klinischen Material ein langer Zeitraum mit mannigfaltiger Witterung nothwendig.

3. Die Pneumonie wird öfter bei Witterungsverhältnissen, welche von der Norm einer gewissen Periode abweichen, beobachtet.

4. Die überwiegende Zahl der Pneumonien in Moskau für einen gewissen Zeitraum wird beobachtet: bei einer Temperatur und unter ihren täglichen Amplituden u n t e r der Norm, bei einem Barometerstand ü b e r der Norm, bei Nordwinden, bei einer Windstärke u n t e r der Norm und bei spärlicheren als normalen Niederschlägen.

5. Die Summe der eben genannten meteorologischen Factoren bietet eine strenge Harmonie ihrer Elemente dar ohne Widerspruch im meteorologischen Sinne, und erinnert an das Wetter der hinteren Seite der Cyclonen oder der östlichen der Anticyclonen.

6. Die Untersuchung des Zusammenhanges der Pneumonie mit den Cyclonen und Anticyclonen als Factoren des Witterungswechsels ist eine Aufgabe der Zukunft.

7. Die Temperaturschwankungen in den Grenzen um 0° bilden günstige Verhältnisse für das Auftreten der Pneumonie.

8. In milden Wintern kommen mehr Pneumonien vor, scheinbar weil die Temperatur öfter in den Grenzen um 0° schwankt.

9. Die positive Bedeutung der E r k ä l t u n g als ätiologisches Moment in der Entwicklung der Pneumonie wird b e s t ä t i g t.

10. In der Pneumoniecurve nach Jahren ist eine Neigung bemerkbar, der Barometercurve parallel zu folgen.

11. Die Untersuchungen des Einflusses der relativen Feuchtigkeit nach Jahreszeiten gibt widersprechende Resultate; schädlich scheinen die Extreme zu sein.

12. Die Beobachtung SEIBERT's, dass bei einer grossen Intensität der Pneumonie die Curven der Temperatur und der relativen Feuchtigkeit weit von einander abstehen, wobei der Parallelismus unter ihnen fehlt und umgekehrt, wird nicht immer bestätigt.

13. Die Meinung, dass die Pneumonie öfter bei starken Winden vorkommt, ist nicht wissenschaftlich begründet.

14. Jahre mit starken Winden entsprechen Jahre mit schwacher Entwicklung der Krankheit.

15. Unter den meteorologischen Elementen ist bis jetzt keines gefunden, dessen Curve die Pneumoniecurve erklärt hätte.

Dr. R. d'Anluay: Behandlung der Blenorrhoe mit Methylenblau. (Bulletin Medical. VII. 68.)

Von der Voraussetzung ausgehend, dass das Methylenblau die Gonokokken bei dem Akte der Färbung tödte, hat Verfasser eine Methode erdacht, um die Gonokokken mit diesem Mittel in der Epithelschicht und in den verschiedenen Falten und Buchten der erkrankten Schleimhaut zu erreichen. Verfasser hat nachfolgende Lösung verwendet: Methylenblau 10·0, Alkohol 15·0, Kalium carbonic. 0·2, Aq. dest. 200·0. Die Behandlung wird in nachstehender Weise durchgeführt. Patient wird am ersten Tage mit Watte und 1‰ Sublimat gereinigt (es wurden nur Vaginalblenorrhoen vom Verfasser behandelt). Hierauf wird ein mit Methylenblau getränkter Gazetampon bis in den Fornix vaginae hinaufgedrängt, der Rest der Vagina mit trockenen Tampons ausgefüllt. Diese Tampons werden 2 Tage lang an Ort und Stelle belassen. Hierauf werden sie entfernt und eine Sublimatirrigation ausgeführt. Hierauf sind meist die Schmerzen schon geschwunden, doch entzieht sich die Beschaffenheit der Schleimhaut in Folge der intensiven Blaufärbung einer Beurtheilung. Für die nächsten 24 Stunden wird ein Glycerintampon eingelegt. Am vierten Tage ist meist die Färbung der Vaginalschleimhaut abgeblasst, die Sekretion hat aufgehört und die Geschwüre sind gereinigt; die Heilung macht hierauf konstante Fortschritte. Als Vortheile dieser Therapie betont Verfasser die Schmerzlosigkeit, Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit und Ungefährlichkeit insbesondere in Bezug auf Intoxikation. Nur möge man beim Einlegen der trockenen Gazetampons unter den in Methylenblau getränkten Tampons exakt vorgehen, um der Beschmutzung, resp. Färbung der Wäsche vorzubeugen. *J. S.*

Gatti (Turin): Erhöhung des bacterientödtenden Vermögens des Blutes während der Infection. (Rif. Med. Nr. 37, 38, 1893.)

Die Untersuchungen über diesen Gegenstand hat GATTI im pathologischen Laboratorium des «Ospedale Mauriziano» zu Turin angestellt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bilden zum grossen Theile eine Bestätigung der von vielen anderen Autoren in dieser Frage gemachten Beobachtungen und erzielten Resultate.

Verfasser resumirt seine Ergebnisse in folgenden Schlussfolgerungen: Ein mässiger Grad von Hydrämie modificirt keinesfalls das bactericide Vermögen des Blutserum.

Das Serum stellt ein viel constanteres Mittel als das defibrinirte Blut zur Untersuchung des microbiciden Vermögens dar.

Während der Infection findet eine Steigerung der bacterientödtenden Kraft des Blutes statt. Diese Steigerung ist deutlicher bei jenen Thieren, deren Blut im normalen kein so hohes aber auch kein zu schwaches bacterientödtendes Vermögen besitzt.

In den letzten Stadien der Infection verringert sich die bactericide Kraft des Blutes.

Das Blut vernichtet nicht sämmtliche Bacterien, die in den Organismus eingeführt wurden, sondern nur einen bestimmten Percentsatz.

Es bestehen bemerkenswerthe Gradunterschiede in dem bacterientödtenden Vermögen bei verschiedenen Thieren selbst derselben Art und für einen und denselben Microorganismus.

Bei vielen Thieren äussert das Serum nicht sofort seinen microbiciden Einfluss, es existirt vielmehr eine Periode von einer oder zwei Stunden, während welcher die eingeführten Bacterien sich vermehren können.

Verschiedene Thatsachen und Erwägungen führen zu der Annahme, dass das bacterientödtende Vermögen des Blutes eine vitale Erscheinung sei und dass ein sehr inniger Zusammenhang zwischen demselben und der Immunität bestehe. *A. D.*

Dr. E. Monin (Paris): **Die salinischen Abführmittel bei schweren fieberhaften Krankheitsformen.** (Publication der Société d'Editions scientifiques*).

Die Purgirung durch salinische Laxantia steht seit langer Zeit in Ehren bei den praktischen Aerzten, da man durch sie nicht allein den Symptomen bei schweren Fieberformen entgegentreten, sondern auch den Krankheitsprocess selbst bekämpfen kann. Trotz der Gunst, deren sich augenblicklich die mikrobische Theorie erfreut, bezeugt es ein Jeder — in That und Wort — dass, um die Defervescenz der durch das Fieber in Aufwallung versetzten Körpersäfte zu erlangen, um die Wärmeproduction zu regeln, und um die durch dasselbe veranlassten tiefen Störungen und schweren Läsionen auszugleichen, kein Mittel wirksamer ist, als die gut angewandte kathartische Medication. Deren Wirkung kann in der That wie folgt zusammengefasst werden: sie verringert die übermässige Thätigkeit des Herzmuskels, beseitigt aus dem Blutstrome die Stoffwechselproducte, die Schmutzstoffe, die unsere Altvordern die «materia peccans» nannten, hindert die Stagnation in den Gefässen und regt endlich die normale Ernährung der anatomischen Elemente an. Aber, wie es LEIBNITZ gesagt hat, zwischen einer Meinung und einer Thatsache breitet sich die Unendlichkeit aus. Greifen wir also zu einem Beispiel, um diese abstracten Ideen allgemeiner Pathologie festzuhalten.

Es ist unleugbar, dass beim Abdominaltyphus (wir werden uns hier wohl hüten zu der noch sehr strittigen Frage über den Ursprung und das Wesen dieser Infectionskrankheit Stellung zu nehmen) der Fieberprocess unaufhörlich durch die charakteristischen Läsionen der PEYER'schen Plaques und der BRUNNER'schen Follikeln genährt und neu angefacht wird.

Im Verdauungscanal ist jede normale Secretion unterdrückt, jede physiologische Lebensäusserung aufgehoben. Der Blutkreislauf in der Leber und der Milz ist gehemmt und fehlerhaft. Magen, Darm, Leber und Milz erzeugen Anfangs entzündliche, später gährungs- und fäulnisserregende Producte. Diese wesentlich pyrogenen und phlogogenen Producte verharren nicht an einer Stelle, sondern sie ergiessen sich beständig in den Blutstrom, und es würde nicht lange dauern, bis eine allgemeine und unwiederherstellbare Intoxication des Organismus eintritt. Darum ist eine der mächtigsten Medicationen bei Abdominaltyphus die, dass man dem fiebernden Kranken jeden zweiten Tag ein Glas Hunyadi János verabreicht. Dieses natürliche Mineralwasser veranlasst bald eine wirksame Depuration des Organismus. Es öffnet die Orificien der glandulären Follikel, entlastet die Verdauungswege, unterdrückt den Meteorismus, beugt der Bildung weiterer Darmulcerationen vor, und fördert die Vernarbung der bereits bestehenden. Dadurch wird dieses Abführmittel zum König der antiphlogistischen Mittel: sein fortgesetzter Gebrauch benimmt der Pyrexie sämmtliche Elemente, die deren Malignität bildeten.

Im Gegensatz zu den antiseptischen Mitteln, welche, wie man sagt, den Wolf im Schafspelz bergen, bekundet sich das salinische Abführmittel als ein Antithermicum und Antiputridum, da es mild reinigend wirkt und die Reparatur der gereinigten Läsionen anregt. Was thut man vor Allem angesichts einer Wunde? Man reinigt sie gründlich, bevor man topische Mittel anwendet, die sie günstig modificiren sollen. Nun wohl! es gibt nicht zwei Pathologien — und die Natur kümmert sich wahrlich wenig um künstliche von den jeweilig herrschenden Lehren aufgestellte Unterschiede!

Die salinischen Abführmittel des Laboratoriums bieten keinen Ersatz für das natürliche Hunyadi János Wasser: Diese letztere ist ein vitales Excitans, welches die Herzthätigkeit regelt, die Temperatur zum Abfall bringt, die vasomotorischen Nerven stimulirt, die passiven Congestionen zum Theil behebt und die Läsionen der Darmschleimhaut der Heilung entgegenführt. Bei Anwendung dieses natürlichen Wassers ist eine abschwächende Wirkung, oder eine Intoleranz seitens des entzündeten Dünndarms oder eine Darmperforation gar nicht zu befürchten.

Die Wirkung des Hunyadi János beschränkt sich übrigens nicht darauf, durch Förderung der kritischen Diarrhoe die morbiden Elemente massenhaft aus dem Körper zu entfernen; es verleiht überdies dem Organismus den nothwendigen dynamischen Widerstand, es hebt die Lebenskraft, welche die Toleranz für Medicamente ermöglicht und die interstielle Reaction hervorruft, die unerlässlich ist zur vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit und zur *restitutio ad integrum* der Histogenese. Sind einmal die Fäulnisskeime und die septischen Zerfallsproducte aus dem Körper hinausgestossen, dann kann sich in Folge dieser natürlichen kathartischen Medication die *natura medicatrix* viel leichter bethätigen.

Selbstverständlich werden die bei Behandlung des Ileotyphus erlangten Resultate sich auch bei allen anderen fieberhaften Krankheiten einstellen, bei welchen putride Processe vorherrschen. Jedoch drängt sich die Indication der salinischen Purgirung mehr gebieterisch bei der Behandlung des Typhus, der Cholera, der Dysenterie etc. auf, als im Verlaufe von eruptiven Fieberkrankheiten. bei welcher man die Heilanstrengungen der Natur nicht allzusehr von ihrer Concentrirung auf das Hautemunctorium, durch welches vor Allem das fiebererzeugende Virus ausgeschieden werden soll, ablenken darf. Wer das Höchste will erreicht das Wenigste.

Demnach ist das Hunyadi János auch von grösster Wirksamkeit bei ephemeren nicht septischen Fieberformen, bei Influenza und katarrhalischen Fiebern, sowie bei allen Pyrexien, die an das Wachsthum an Rheumatismus, an Saisonkatarrhen, an biliöse und gastrische Zustände, etc. gebunden sind.

Eine ganz besondere Eigenschaft der berühmten ungarischen Heilquelle besteht darin, dass sie Nervenschwäche und Unruhe beseitigt, die Agrypnie bekämpft und die Krämpfe besänftigt, die so häufig den schwersten Erscheinungen der Ataxo-Adynamie, der Geistes-Depression, dem Stupor und dem Delirium, welches anzeigt, dass der Sympathicus selbst angegriffen ist, vorausgehen. Es scheint, dass Hunyadi János einem starken Verbrauche der Nervenkraft entgegenarbeitet. Bekanntlich hat der Hungerkünstler SUCCI durch Hinzusetzung einer kleinen Menge dieses Mineralwassers zu seinem Getränke den nervösen Störungen vorbeugen können, die hauptsächlich bei Entziehung der Nahrung aus der mineralen Inanition hervorgehen.

Aus dem bisher Gesagten folgt, dass bei der Behandlung von schweren fieberhaften Krankheiten, sowie zur Vorbeugung von Pyrexien die salinische Purgirung von dem grössten Werthe ist. Antiseptik und Antithermie wären gar nicht denkbar ohne ihre werthvolle Mitwirkung.

Unsere Collegen in den tropischen Gegenden möchten das Chinin gegen Fieber niemals verschreiben, wenn es ihnen nicht möglich wäre, dieser specifischen Therapie ein oder zwei Glas Hunyadi János, welche mit eine Bedingung für das Gelingen der Cur bildet, vorausgehen zu lassen.

---

*) Die «Société d'Éditions Scientifiques» in Paris, welche sich mit der Herausgabe wissenschaftlicher Werke beschäftigt, hat jüngsthin in ihrem Verlage wieder ein solches unter dem Titel: «Hunyadi János» erscheinen lassen, worin der Verfasser dieser Brochure Dr. E. MONIN, General-Secretär obiger Gesellschaft und Ritter der Ehrenlegion die hervorragenden Eigenschaften des heimatlichen Bitterwassers in 14 Capiteln eingehend zergliedert. Einzelne dieser Capitel sind bereits vor Erscheinen der Brochure in unserem Journale zum Abdrucke gelangt, und lassen wir die anderen jetzt der Reihe nach folgen. Man wird hieraus mit Befriedigung ersehen, welcher Werthschätzung die Hunyadi János Bitterquelle im Auslande unter den Fachcollegen begegnet.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der ausserordentliche Professor an der Universität in Graz Dr. Julius Wagner Ritter v. Jauregg ist zum ordentlichen Professor der Psychiatrie und Nerven-Pathologie an der Universität in Wien und zum Vorstande der psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt, ferner der Privatdocent Dr. Johann Fritsch zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie an der Wiener Universität ernannt worden.

— Innsbruck. Privatdocent Dr. Georg Juffinger wurde zum ausserordentlichen Professor der Oto- und Laryngologie ernannt.

— Mexico. Die Privatdocenten DDr. Toussaint und de Garay sind zu ausserordentlichen Professoren für normale und pathologische Histologie, respective topographische Anatomie ernannt worden.

* Das Ministerium für Cultus und Unterricht hat im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern für die im Studienjahre 1893/94 an der Universität in Wien abzuhaltenden Rigorosen nachbenannte Functionäre ernannt: Zu Regierungscommissären den Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. Emanuel Ritter v. Kusý, den Landes-Sanitätsreferenten Statthaltereirath Dr. Ludwig Ritter v. Karajan, den Ministerial-Secretär Dr. Josef Daimer und den Director des allgemeinen Krankenhauses in Wien, Hofrath Dr. Karl v. Böhm; zu Coëxaminatoren beim zweiten medizinischen Rigorosum die ordentlichen Universitäts-Professoren Hofrath Dr. Hermann Freiherr v. Widerhofer und Hofrath Dr. Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing und zu deren Stellvertretern die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Karl Störk, beziehungsweise Dr. Josef Gruber; zu Coëxaminatoren beim dritten medizinischen Rigorosum die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Josef Weinlechner und Dr. Isidor Neumann und zu deren Stellvertretern die ausserordentlichen Universitäts-Professoren Dr. Albert Ritter v. Mosetig-Morhof, beziehungsweise Dr. Moriz Kaposi.

* Preisausschreiben. Die Smithsonian Institution in Washington hat ein Circular versandt, in dem um Bewerbung der Preise aus Hodgkins-Stiftung aufgefordert wird. Unter den Preisaufgaben befinden sich folgende: 1. Ein Preis von 10.000 Dollars für eine Abhandlung, enthaltend neue und wichtige Entdeckungen über die Beschaffenheit oder Eigenschaften der atmosphärischen Luft und ihre Beziehungen zu einigen oder allen Wissenschaften, i. e.: nicht nur in Betreff der Meteorologie, sondern in Verbindung mit der Hygiene, oder irgend einem anderen Zweige, sei es Biologie oder Physik. 2. Ein Preis von 1000 Dollars für die beste volksthümliche Abhandlung über die Eigenschaften der atmosphärischen Luft und ihre Beziehungen, einschliesslich derjenigen zur körperlichen und geistigen Hygiene. Dieser Aufsatz, der 20.000 Worte nicht zu überschreiten braucht, soll in populärer Sprache geschrieben werden, damit er sich zur Veröffentlichung für volksthümliche Belehrung eignet. Die in englischer, französischer, deutscher oder italienischer Sprache verfassten Abhandlungen des Preises zu 2 sind vor dem 1. Juli 1894, diejenigen des Preises zu 1 bis zum 31. December 1894 an den Secretär der Smithsonian Institution in Washington einzusenden. Den Preisbewerbern wird durch den Secretär des Institutes, S. P. Langley in Washington, jede gewünschte Auskunft ertheilt.

* Von der «Bibliothek der gesammten medizinischen Wissenschaften», herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien, ist soeben die 11. und 12. Lieferung zur Ausgabe gelangt. Dieses Doppelheft enthält als Beilage eine in sechsfachem Farbendruck ausgeführte Tafel «Brust- und Baucheingeweidetopographie». Es enthält die Aufsätze: Brechdurchfall der Säuglinge von Prof. Pott (Halle a. S.), Bronchialasthma von Prim. v. Frisch (Wien), Bronchialaffectionen von Prof. Penzoldt (Erlangen), Bronchialaffectionen im Kindesalter von Doc. v. Hüttenbrenner (Wien), Brust- und Baucheingeweidetopographie von Prof. Lesshaft (St. Petersburg), Cachexie von Prof. F. Kraus (Wien), Cardialgie von Dr. J. Boas (Berlin), Catarrhus aestivus, Cerebrospinalmeningitis, Coordinationsstörungen von Prof. Jendrássik (B.-Pest), Chorea von Ass. Dr. Loos (Graz), Chorea hereditaria der Erwachsenen von Prim. Higier (Warschau), Chylöser Ascites von Doc. Dr. Hilbert (Königsberg), Circuläres Irresein von Prof. Kirn (Freiburg i. B.), Colitis und Perikolitis stercoralis von Doc. Dr. Pál (Wien), Convulsionen von Doc. R. Sommmer (Würzburg), Croup von Prof. Escherich (Graz).

* In dem Zeitraume von September 1892 bis August 1893 sind 3688 neu erschienene Doctor-Dissertationen, Habilitationsschriften, Programmabhandlungen etc. bei der «Centralstelle für Dissertationen und Programme von Gustav Fock in Leipzig» eingegangen und in dem von derselben herausgegebenen «Bibliographischen Monatsbericht über neu erschienene Schul- und Universitätsschriften», der einzigen Bibliographie für diese Literatur, verzeichnet worden. Darunter befinden sich 1379 Arbeiten aus dem Gebiete der Medizin.

* Todesfälle. In Prag starb der k. k. Oberstabsarzt i. P. Dr. Wilhelm Derblich. — In Berlin Dr Yochito Inoko, a.-o. Professor in Tokio. — In Paris Dr. G. A. Richelot, 87 Jahre alt, Gründer der Zeitschrift «Union médicale.» — In Neapel Prof. Olivieri, Vorstand der chirurgischen Klinik.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Im Stande der Cholera in Galizien ist im Laufe der abgelaufenen Woche (19. bis 26. Sept. Früh) hinsichtlich der Zahl der Neuerkrankungen eine kleine Besserung eingetreten. In der Vorwoche wurden einschliesslich der Verdachtsfälle in 35 zu 18 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 149 Erkrankungs- und darunter 64 Todesfälle gezählt, in der abgelaufenen Woche wurden aus 36 zu 12 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 134 Neuerkrankungen gemeldet, von denen 60 lethalen Ausgang nahmen. Die Gesammtzahl der Todesfälle (einschliesslich jener bei Kranken, die aus früheren Berichtsperioden verblieben waren) betrug in der Vorwoche 84, in der Berichtswoche 77, ist somit ebenfalls zurückgegangen. Von den 74 politischen Bezirken und 2 Städten mit eigenem Statute in Galizien hatten bisher 27 Bezirke und 1 Stadt Cholerafälle aufzuweisen. In der letzten Woche ist die Zahl dieser Bezirke auf 12 zurückgegangen, und sind in den Bezirken: Brzesko, Czortkow, Horodenka, Husiatyn, Kamionka, Kosow, Limanova, Nisko, Przemysl, Rawaruska, Rohatyn, Saybusch, Sokal, Wieliczka, Zaleszczyki und in der Stadt Krakau keine weiteren Cholerafälle vorgekommen. Ein grösserer Theil von Erkrankungen ereignete sich in der Gemeinde Rymanow des Bezirkes Sanok (24) und in der Gemeinde Kolomea (14). In ersterer Gemeinde sind innerhalb 4 Wochen 68 Erkrankungsfälle aufgetreten und wurde daher der Gerichtsbezirk Rymanow, in welchem ausser in der genannten gleichnamigen Gemeinde auch noch in weiteren 8 Gemeinden 15 Fälle vorgekommen waren, als Choleraherd im Sinne der Dresdener Convention erklärt, die Ministerial-Verordnung vom 2. September v. J., R.-G.-Bl. 154, in Wirksamkeit gesetzt und die auswärtigen Regierungen hievon verständigt. Im politischen Bezirke Nadworna ist die Zahl der Cholerafälle gegenüber jener der Vorwoche zurückgegangen (von 64 auf 45) und namentlich in den Gemeinden Dilatyn, Hwozd und Mikuliczyn ein Nachlass der Epidemie zu erkennen. Die Gesammtzahl der in Galizien vorgekommenen Cholerafälle beträgt 783, jene der Todesfälle 477. In der Bukowina starben in der Gemeinde Oroszeny (Bezirk Kotzmann) am 21. September ein Händler und ein Bauernsohn unter choleraverdächtigen Erscheinungen. Das Resultat der bacteriologischen Untersuchung liegt noch nicht vor. In Ungarn wurden in den täglich veröffentlichten Choleraberichten vom 12. bis 24. September folgende Zahlen neuer Choleraerkrankungen (Todesfälle) nachgewiesen in den Comitaten: Alsó Fehér 2 (—), Bacs-Bodrogh 49 (33), Bekes 4 (2), Bereg 7 (6), Bihar (2), Brasso 1 (1), Csongrad 6 (4), Heves 2 (1), Jasz-Nagy-Kun-Szolnok 16 (11), Klausenburg 1 (2) Marmaros 34 (20), Pest-Pilis-Solt-Kiskun 8 (6), Pressburg 1 (1), Saros (1), Szabolcs 3 (6), Szathmar 7 (9), Szolnok-Doboka 5 (2), Torda-Aranyos 8 (2), Torontal 6 (6), Ung (1), Weissenburg 2 (1), Zemplin 3 (1), in den Städten Klausenburg 13 (9), Maros-Vasarhely (1), Pest 22 (11), zusammen 200 Erkrankungs- und 136 Todesfälle. Bosnien und Herzegovina. Zwei Arbeiter in Brčka, welche bei den dor-

tigen Quaibauten beschäftigt waren, erkrankten in der Nacht vom 22.—23. September unter choleraverdächtigen Erscheinungen und wurden in der Cholerabaracke isolirt und die bacteriologische Untersuchung der Dejecte veranlasst. Das Resultat derselben ist noch nicht bekannt. — Deutsches Reich. Am 21. September wurden 3 Schiffsleute in das Krankenhaus Moabit in Berlin gebracht und bei denselben Cholera asiatica constatirt. In Hamburg wurden Zeitungsnachrichten zufolge vom 18.—22. September 4 (1), 10 (2), 12 (2), 17 (2), 14 (1) Cholerafälle und choleraverdächtige Erkrankungen (Todesfälle) constatirt. Das Medicinal-Collegium machte bekannt, dass durch eine Bodensenkung bei der Sandfiltration am 15. September unreines Wasser aus dem alten Zuleitungscanale der Wasserleitung zugeflossen sei. Der Schaden wurde alsbald behoben und functioniren die Filter wieder tadellos. Am 19. September wurde aus Eimsbüttel eine choleraverdächtige Erkrankung, am 20. September wurden aus Altona 2 Cholerafälle angezeigt. — Belgien. Zufolge eines amtlichen Berichtes des Bürgermeisters in Antwerpen sind daselbst bis 18. September 78 Choleraerkrankungen aufgetreten, von denen 51 mit Tod endeten. Seit 18. September kam kein weiterer Fall vor. Die Mehrzahl der Kranken waren Schiffsleute oder Hafenarbeiter, welche Wasser des Flusses oder der Canäle getrunken hatten. Unter den Grubenarbeitern in Dampremy sind choleraverdächtige Erkrankungen aufgetreten, von denen 9 tödtlich endeten. Am 21. September wurde ein choleraverdächtiger Fall aus Charleroi gemeldet. — England. Aus Grimsby, Hull, Cleethorpe, Penge (District Lerisham), Rotherham, Hurst (Lancashire) wurden weitere Fälle von Cholera, choleraartiger Diarrhöe, Cholera nostras amtlich gemeldet. Ein Choleratodesfall ereignete sich auch in London. In South Shields starb ein Matrose an Bord eines Rostocker Schiffes unter choleraverdächtigen Erscheinungen. Auf einem schwedischen Schiffe kam ein verdächtiger Erkrankungsfall vor. — Frankreich. In Marseille befand sich unter den in der Woche vom 9. bis 15. September ausgewiesenen Sterbefällen kein verdächtiger Fall. In Nantes dauert die Choleraepidemie in fast unveränderter Intensität fort. Aus Brest wurden vom 17. bis 19. September 16 Choleratodesfälle gemeldet, und sollen zu Folge einer Mittheilung vom 22. September innerhalb der letzten acht Tage im Arrondissement 126 Cholera-Todesfälle vorgekommen sein. — Spanien. Das Vorkommen von Choleraerkrankungen in verschiedenen Gegenden wird nunmehr amtlich zugegeben. Solche Erkrankungen wurden gemeldet aus Baracaldo, Bilbao (Provinz Viscaya), Belchite (Provinz Zaragoza), Villarcal, resp. Zumárrage (Provinz Guipuzeva). In Bilbao und anderen Ortschaften von Viscaya sind 115 Erkrankungen und 55 Todesfälle vorgekommen. — Italien. Nachrichten aus Palermo geben die Zahl der Choleraerkrankungen zwischen 17. und 22. September auf 88, jene der Todesfälle mit 45, die Gesammtzahl der ersteren seit dem Ausbruche der Epidemie mit 245, der letzteren mit 134 an. In Livorno hat die Kranheit sich vom Quartier Venezia auch nach anderen Stadttheilen verbreitet, zwischen 15. und 22. September wurden 43 neue Fälle und 16 Todesfälle angezeigt. In Rom zählte man in der ersten Hälfte September 19 Erkrankungs- und 7 Todesfälle. Seither sind weitere 2 Erkrankungen und 2 Todesfälle vorgekommen. In Neapel ist die Epidemie den vorliegenden Nachrichten zu Folge in Abnahme, es erkranken täglich 2—3 Personen. Vereinzelte Erkrankungen wurden in Gemeinden am Golfe von Neapel, in der Provinz Salerno beobachtet. — Rumänien. In der Woche vom 11.—17. September wurden 89 Choleraerkrankungs- und 52 Todesfälle ausgewiesen, von denen auf die Districte Braila 38 (21), Covurlui 4 (3), Dorohoiu 9 (6), Jalomitza 17 (11), Neamtzu 2 (2), Prahova 3 (—), Romanatzi 1 (1), Tultscha 12 (8), Vlasca 3 (—) entfielen. Die grösste Zahl von Erkrankungen 32, (19 Todesfälle) weist die Stadt Braila auf. Die Tagessummen der Erkrankungen in dieser Woche waren: 23, 17, 15, 15, 5, 7, 7 und ergibt sich hieraus ein andauernder Rückgang der Epidemie. — Türkei. Die Choleraerkrankungen in der Irrenanstalt zu Scutari sind an Zahl wesentlich zurückgegangen. In der Stadt Scutari kamen am 18. September 5 Erkrankungs- und 2 Todesfälle vor. Die Zahl der Cholerafälle (Todesfälle) in Smyrna betrug vom 30. August bis 13 September: 12 (10), 19 (18), 14 (10), 8 (8), 7 (5), 12 (5), 13 (9), 9 (8), 5 (9), 4 (3), 7 (4), 5 (6), 9 (3), 3 (1) = 127 (99). — Aegypten. Englischen Quellen zu Folge ist in Kairo ein Cholerafall vorgekommen. — Nordamerika. Vereinigte Staaten. In der Stadt Jersey City im Staate New-Jersey wurden mehrere sporadische Cholerafälle constatirt, welche mit den unter den Einwanderern auf dem Dampfer «Karamania» vorgekommenen Fällen in Zusammenhang stehen und sämmtlich mit Tod endeten.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle im Markte Engelhartszell (Oberösterreich), Sitz des Bezirksgerichtes, mehrerer Aemter, Dampfschiffstation. Die Subvention des o.-ö. Landesausschusses und der Gemeinden und andere fixe Bezüge betragen zusammen 1100 fl. Im Orte selbst, sowie im Umkreise von 2 bis 3 Stunden ist weder ein Doctor der Medizin, noch ein Wundarzt ansässig. Bewerber um diese Stelle (Doctoren der gesammten Heilkunde) haben ihre Gesuche bis 3. October 1893 bei der Gemeindevorstehung Engelhartszell einzubringen, wo auch die vom Landesausschusse gestellten Bedingungen zu ersehen sind.

Districtsarztesstelle in Krukanitz (Böhmen). Der District umfasst 8 politische Gemeinden mit 2465 Einw. und einen Flächeninhalt von 71·37 Qu.-Kilom. Jährlicher Gehalt 400 fl., Reisepauschale 142 fl. 74 kr. Bewerber um diese Stelle müssen die im § 5 des Landesgesetzes vom 23. Februar 1888 angeführte Eignung besitzen und deutscher Nationalität sein. — Dem Districtsarzte obliegt die Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. Die diesbezüglichen Gesuche sind bis 15. October 1893 beim Bezirksausschusse in Tuschkau einzubringen. Das Prämonstratenserstift Tepl vergibt an Bewerber obiger Stelle mit katholischer Confession die Domänenarztesstelle der Domäne Krukanitz mit nachfolgenden Emolumenten: eine Wohnung bestehend aus 2 Wohnzimmern und einem kleinen Zimmer für die Hausapotheke, nebst Küche, Kammer, Keller und Bodenantheil, 17 Raummeter Brennholz sammt Zufuhr, ein jährliches Behandlungspauschale von 120 fl. und ein Medicamentenpauschale im Betrage von 20 fl.

Bezirksarztesstelle II. Classe; event. eine **Sanitätsassistentenstelle** in Mähren. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind im Wege der zuständigen politischen Behörde bis 1. November d. J. beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Brünn einzubringen.

Secundararztesstelle in der mähr. Landesgebäranstalt in Brünn. Der Secundararzt hat auch die Stelle eines Assistenten an der Hebammenschule zu versehen. Jährliche Remuneration 400 fl., freie Wohnung mit Beheizung und Beköstigung. — Gesuche bis 30. September an die Anstalts-Direction.

Gemeindearztesstelle in Turnau bei Aflenz (Steiermark). Jährliches Fixum 300 fl., Freiquartier. Nähere Auskünfte ertheilt die Gemeindevorstehung in Turnau.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätsbezirk Wolfurt, Schwarzach und Bildstein (Vorarlberg) mit einer Einwohnerzahl von 3000 Seelen. Wartgeld 400 fl. Der Gemeindearzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz in Wolfurt zu nehmen, eine Hausapotheke zu führen, die Leichenbeschau und die Impfung nach den gesetzlichen Vorschriften vorzunehmen und sich genau an die Dienstinstruction für Gemeindeärzte zu halten. Zu dem Gehalte kommen noch die Bezüge von Seite der Bezirkskrankencasse und sind die Bezüge der Fabrikskrankencasse in Kennelbach anzuhoffen. Die Behandlung der Gemeindearmen wird aus den bezüglichen Gemeindefonden honorirt. Die Bewerber haben ihre Gesuche bis Mitte October d. J. an die Gemeindvorstehung in Wolfurt vorzulegen.

Gemeindearztesstelle in Buchers, Bezirk Kapliz im südlichen Böhmen, mit circa 1400 Einwohnern. Jahresgehalt 400 fl.; dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Weiters ist von Seite des Grafen v. Buquoy für die Behandlung der bediensteten Forst- und Holzhauerfamilien ein jährliches Pauschale von 400 fl. und separate Zahlung der Medicamente bewilligt. Der Gemeindearzt ist zur Haltung einer Hausapotheke verpflichtet. Unter den Petenten haben Doctoren der gesammten Heilkunde den Vorzug und wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. October d. J. an das Gemeindeamt Buchers einsenden, wo auch jede Auskunft bereitwilligst ertheilt wird.

Arztesstelle in Annaberg (polit. Bezirk St. Pölten) (Niederösterreich). Jährliche Bezüge 400 fl. aus dem n.-ö. Landesfonde, 200 fl. von der Gemeinde, Freiquartier, bestehend aus zwei geräumigen Zimmern, Cabinet, Küche, Vorhaus, Keller, Bezug von 18 m 36zölligem Brennholz, Holzlager, Hausapotheke. Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Gemeindearmen (mit Ausschluss der Abgabe von Medicamenten), unentgeltliche Besorgung der Todtenbeschau. Gesuche bis 20. October d. J. an das Bürgermeisteramt in Annaberg.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit I. Oktober 1893 beginnt ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9. Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende September erlischt, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

VII. Jahrgang. Wien, 8 October 1893 Nr. 41.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Epilepsie, Syphilis und Tabes.*)

Von

Dr. Paul Blocq,

Laboratoriums-Vorstand an der Sapêtrière in Paris.

Die Patientin, deren Krankengeschichte ich jetzt mittheilen will, ist von sehr vielen Gesichtspunkten aus interessant. Schon gewisse Charaktere bei den Affectionen, die sich bei dieser Patientin zu einander zugesellt haben, verdienen besonders betrachtet zu werden; überdies nimmt die Thatsache ihres gemeinsamen Vorkommens einerseits, so wie gewisse Eigenthümlichkeiten ihrer gegenseitigen Beziehungen andererseits, eine besondere Aufmerksamkeit für sich in Anspruch, wie sich aus den doctrinalen so wie auch aus den therapeutischen Betrachtungen, zu denen diese Momente Veranlassung geben, zweifellos ergeben wird.

Frau X . . . ., 35 Jahre alt, wurde mir zu meiner Consultation am 5. April 1893, von meinem Collegen Dr. J Le Clerc, aus Levallois-Perret, zugewiesen. Patientin klagte über Gehstörungen.

Unter den hereditären Antecedentien entdecke ich nur eine nervöse Grossmutter und eine epileptische Tante mütterlicherseits. Die Patientin kennt übrigens ihre Familie nur unvollkommen.

Die Patientin selbst bot seit ihrem vierzehnten Lebensjahre, der Zeit, zu der sie zu menstruiren begann, epileptische Krisen dar.

Die Epilepsie war charakterisirt durch Geistesabwesenheit, Schwindel und starke Convulsionskrisen. Diese persistirten während eines Zeitraumes von drei Jahren und traten verhältnissmässig häufig auf; hieraus schwanden dieselben und kamen acht Jahre lang nicht mehr zum Vorschein. Zu dieser Zeit bekam sie ihre Anfälle wieder, und sie bietet noch jetzt Convulsionserscheinungen von demselben Charakter dar, sobald sie die Brommedication, der sie unterzogen wurde, aufgibt.

Seit einer sehr langen Zeit, die sie nicht näher bestimmen kann, leidet die Kranke an diversen Gewissensqualen, welche in die Kategorie der «syndromes épisodiques» der hereditär Belasteten von Prof. Magnan gehören; diese erscheinen in häufigen Intervallen ohne irgendwelche Regelmässigkeit und verschwinden hierauf. Die Patientin hat namentlich an Agarophobie und an Oinophobie gelitten.

Im Jahre 1878 — vor 15 Jahren — acquirirte sie Syphilis, die sich durch die gewöhnlichen Symptome kund gab, wie z. B. Plaques muqueuses, Alopecie u. s. w., und wegen deren sie sich während eines Zeitraumes von 2 Jahren der gewöhnlichen Behandlung unterzogen hatte. Seit dieser Zeit bot ihre Gesundheit keine einzige erwähnenswerthe Störung dar.

Im November 1891 bekam sie eine durchaus charakteristische nächtliche Cephalalgie, die sich nach einiger Zeit mit Diplopie complicirte. Sie unterzog sich hierauf einer intensiven Behandlung, machte mercurielle Inunctionen und nahm Jodkalium innerlich, und unter dem Einflussse dieser Behandlung schwanden diese Symptome nach Ablauf von ungefähr zwei Monaten.

Die specifische Behandlung wurde nichtsdestoweniger diesmal während eines Zeitraumes von vollen sechs Monaten fortgesetzt, und fast unmittelbar nachdem die Kranke diese Behandlung aufgegeben hatte — im Juni 1892 — traten die ersten Zeichen der Spinalerkrankung auf, derentwegen sie unsern Rath aufgesucht hat.

Zuerst wurde die Kranke von blitzartigen Schmerzen ergriffen und hierauf bot sie die Erscheinungen von Taubsein in den untern Extremitäten dar; endlich wurde ihr das Gehen, das ihr zuerst nur im Finstern und später beim Heruntersteigen der Treppe beschwerlich war, immer schwerer und schwerer.

*) Aus «Revue générale de Clinique et de Thérapeutique» vom 16. August 1893. Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

Jetzt constatirt man bei ihr die classischen Zeichen der Tabes dorsalis mit atactischen Bewegungen. Die blitzartigen Schmerzen bestehen noch immer. Es sind keine objectiven Störungen von Seiten der allgemeinen Sensibilität vorhanden. Der Muskelsinn ist verloren gegangen. Die Kranke verliert ihre Beine im Bette. Das ROMBERG'sche Zeichen ist vorhanden. Der Pupillarreflex auf Licht fehlt auf der rechten Seite. Es besteht ferner eine sehr ausgesprochene Incoordination der Bewegungen mit Erhaltensein der dynamometrischen Kraft der untern Extremitäten. Das FOURNIER'sche Zeichen findet sich vor. Der Gang ist schwer, fast unmöglich, ohne Stütze incoordinirt; sie schleudert die Beine brüsk von sich, ohne den Boden mit der Ferse zu treffen, so dass der Anblick des Ganges nichts von der Art des typischen Tabesganges an sich hat.

Die Patellarsehnenreflexe sind auf beiden Seiten vollständig erloschen. Es bestehen weder Störungen an den Sphincteren noch viscerale Krisen.

Die epileptischen Krisen treten noch immer auf, sobald die Kranke die Brombehandlung aufgibt.

* * *

Wir brauchen uns nicht bei der Diagnose lange aufzuhalten, da die Symptome characteristisch genug sind, um gar keinen Zweifel in dieser Beziehung zuzulassen. Es handelt sich — um zusammenzufassen — um eine hereditäre nervöse Degenerirte, um eine ihrem Wesen nach Epileptische, die an Gehirnsyphilis gelitten hatte, und die gegenwärtig die nicht zweifelhaften Zeichen der Tabes dorsalis darbietet.

Die Epilepsie bietet bei der Patientin dies specielle Interesse dar, dass man diese Affection in diesem Falle bei einer Degenerirten mit «syndromes épisodiques» antrifft, und die überdies ähnliche Antecedentien (Epilepsie bei einer Tante) aufweist.

Ueberdies möchte ich die ganz besondere Eigenthümlichkeit betonen, dass die anscheinende Heilung der Krankheit während eines Zeitraumes von acht Jahren Stillstand machte

Es handelt sich hier um eine Erscheinung, die man in der Geschichte der Evolution der Epilepsie nicht sehr selten antrifft, und ich meinerseits erinnere mich an einen Fall, in welchem die Epilepsie auf diese Art 16 Jahre nach einer dem Anscheine nach vollständigen Heilung recidivirte. Die Kenntniss dieser Eventualität muss uns bei der Beurtheilung des Werthes der therapeutischen Methoden sehr vorsichtig machen.

Die Art und Weise, wie sich die Syphilis in diesem Falle verhalten hatte, ist gleichfalls von mehreren Gesichtspunkten bemerkenswerth, nicht so sehr deshalb, weil die nervösen Anfälle 15 Jahre nach der Infection auftraten, sondern vielmehr deshalb, weil — wenn wir die syphilitische Natur der Tabes zugeben — ein Punkt, auf den ich noch zurückkommen werde — die Folgen der Infection sich successive zuerst am Gehirn und dann am Rückenmark gezeigt haben.

Was die Tabes betrifft, so muss hier in Betracht gezogen werden, dass sich die Tabes in diesem Falle bei einem Weibe entwickelt hat; nun ist es bekannt, dass man es hier mit einer Ausnahme zu thun hat, und dass überdies die Evolution der Krankheit eine ausserordentlich rapide war. Im Verlaufe von weniger als einem Jahre war die Kranke bereits so weit, dass sich bei ihr eine höchst ausgesprochene motorische Incoordination einstellte.

Die Association dieser diversen pathologischen Momente bietet ihrerseits einiges Interesse dar. Man versteht es sehr wohl, dass eine Degenerirte von Epilepsie befallen wird, und dass eine epileptische Degenerirte, wenn sie Syphilis acquirirt, von tertiärsyphilitischen nervösen Erscheinungen und von Gehirnsyphilis heimgesucht wird.

Vom doctrinalen Standpunkte könnte dieser Fall zweifellos von den Verfechtern beider Ansichten, die heute über die Natur der Ataxie bestehen, in gleicher Art für sich in Anspruch genommen werden, derjenigen Ansichten, die — wie man weiss — bei uns zu Lande einerseits durch CHARCOT, der den neuropathischen Ursprung behauptet, und andererseits von FOURNIER, der im Gegensatze dazu die syphilitische Natur der Tabes vertheidigt — vertreten werden.

Die Anhänger des syphilitischen Ursprunges der Tabes könnten in der That in diesem Falle geltend machen, dass dieser Ursprung in diesem Falle nicht blos bewiesen sei, sondern dass dieser Ursprung hier um so auffallender sei, als die Tabes bei einem Weibe nur ausnahmsweise vorkommt. Diejenigen, welche der Ansicht huldigen, dass die Tabes neuropathischen Ursprunges sei, würden in diesem Falle nicht blos das Vorhandensein der hereditären Antecedentien heranziehen, sondern sie würden auch aus der so characteristischen neuropathischen Beschaffenheit der Patientin, die eine Degenerirte und Epileptische ist, ihre Argumente ableiten. Wir wollen nicht auf die Argumente zurückkommen, die uns zu Gunsten der Ansicht unseres Lehrers zu sprechen scheinen, Argumente, die wir in einer früheren Arbeit auseinanderzusetzen und zu bestätigen Gelegenheit hatten, und ich werde diesen Punkt damit abschliessen, indem ich daran die Bemerkung anknüpfe, dass der in Rede stehende Fall, gleichgiltig wie sich die Sache betreffend den Ursprung der Tabes verhalte, ein neues, bemerkenswerthes und beweisendes Beispiel zu Gunsten der Unwirksamkeit der specifischen Behandlung bei der Tabes liefert.

Es hat sich auch thatsächlich in diesem Falle gezeigt, dass die ersten Prodrome der Rückenmarkssclerose bei der Kranken zu einer Zeit auftraten, zu der eine intensive und langdauernde specifische Behandlung kaum abgebrochen worden war, eine Behandlung, die wegen der Anfälle der Gehirnsyphilis unternommen wurde, welche letztere übrigens unter dem Einflusse dieser Behandlung auch vollständig schwanden. Man könnte somit auch nicht geltend machen, um das Erfolglose der Behandlung der Spinalphänomene zu erklären, dass die Behandlung zu spät begonnen wurde, da man in dieser Beziehung thatsächlich sagen muss, dass die Behandlung noch früher als im Prodromalstadium der tabischen Anfälle unternommen worden war.

Der Vergleich der Resultate der Behandlung, die, was die Gehirnphänomene betrifft, einen curativen Erfolg hatte, und die bei derselben Kranken gegen die Rückenmarkssymptome eine negative war, erscheint uns nicht minder instructiv.

Aus der Therapeutischen Klinik des Prof. Dr. ***M. Semmola*** *in Neapel.*

Aetiologie, Pathogenese und Behandlung der Pneumonie.

Von

Prof. Dr. Nicola Ferrara in Neapel. *)

(Fortsetzung und Schluss.)

Hohes Fieber: Eine symptomatische Indication, die man einst für sehr wichtig hielt, richtet sich gegen das hohe Fieber. Vor zehn oder fünfzehn Jahren, als die antipyretischen Mittel zu Ehren kamen, glaubte man ein Mittel gefunden zu haben, um das Fieber im Allgemeinen zu unterdrücken und demnach die Pneumonie vollkommen apyretisch verlaufen machen. Die Abkömmlinge des Chinolin (Kairin, Thallin, Antipyrin), die Derivate des Anilin (Acetanilid, Methylacetanilid) und des Amydo-Phenol (Phenacetin) wurden eine Zeitlang bei den verschiedenen Pyrexien und also auch bei der Lungenentzündung angewendet.

Heute sind alle diese antipyretischen Mittel aus der Praxis vollständig verbannt, denn ohne irgend welchen Vortheil zu bringen, richten sie oft grossen Schaden an, und der Pneumoniker, der nach ihrer Darreichung apyretisch wird, stirbt rascher.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 31, 33, 36, 38, 39, 1893.

Semmola erkannte von allem Anfange an, dass sie die bulbären und ganglionären Centren tödtlich angriffen, weshalb die Temperaturerniedrigung für ihn nichts anderes war, als der Ausdruck einer wahren Vergiftung. Heute ist es nachgewiesen, dass namentlich die Chinolinderivate das Blut vergiften, indem sie die Blutkörperchen zerstören, weshalb sie in der Praxis vermieden werden müssen.

Zu antithermischen Zwecken kann das hydriatische Verfahren in Form von Halbbädern, Waschungen und Einpackungen angewendet werden. Nach den von Dr. Winternitz angestellten Untersuchungen ist die Wirkung des kalten Wassers nicht so sehr der Entziehung von Wärme als einer Modification des Fieberprocesses, die durch eine Steigerung des Gefäss- und Gewebstonus vermittelt wird, zuzuschreiben. Ueberdies findet in Folge des kalten Bades eine Zunahme der Geschwindigkeit der Blutcirculation statt, woraus eine Verringerung des Hindernisses in dem Lungenkreislauf und der Blutstauung folgt: dadurch heben sich die Herzkräfte und die respiratorische Thätigkeit sowie die Functionen des gesammten Nervensystems.

Husten und Auswurf. Diese beiden Symptome verdienen besondere Aufmerksamkeit.

Häufig wird der Husten sehr frequent, hartnäckig und lästig. In diesem Falle wird man zu den narcotischen Emollientia greifen. Ihre Wirkung äussert sich in der Regel und haupsächlich auf den Prälaryngealraum, der für gewöhnlich den Ausgangspunkt des unaufhörlichen und peinlichen Hustens bildet; deren Wirkung äusser sich darin, dass die Trockenheit der Gewebe und der irritirende Einfluss der broncho-pulmonären Secrete verringert werden. Wenn der hartnäckige Husten von einer excessiven Erregbarkeit der sensiblen Endigungen des Bronchialbaumes abhängt, dann wird man die Solanaceae, vornehmlich die Belladonna, verschreiben.

Endlich, wenn der Husten in Beziehung steht zu einer starken Erregbarkeit der entsprechenden Rückenmarkscentren, so werden Opium und Cyanpräparate angewendet.

Häufiger als der Husten verlangt die Expectoration ein ärztliches Einschreiten. Oft ist die Expectoration sehr erschwert oder sie ist völlig gehindert. Dies rührt davon her, dass entweder das Secret sehr zäh ist und fest anhaftet, oder, in Folge der Virulenz desselben, die sensiblen Bronchialendigungen gelähmt erscheinen, oder, in Folge der allgemeinen Intoxication durch Bacteriengifte, das Hustencentrum stark in Mitleidenschaft gezogen ist. Dies beweist von Neuem, dass bei der Pneumonie der Symptomencomplex mit den Ptomaïnen und Toxinen und nicht etwa mit dem einfachen Diplococcus zusammenhängt.

Nicht dieser, sondern dessen toxische Producte allein vermögen uns darüber Rechenschaft zu geben, warum bei schweren Pneumonien die Expectoration fehlt oder sehr spärlich auftritt.

Damit die Expectorantien den Zweck erreichen, die angesammelten Secrete aus den Athmungswegen zu entfernen, müssen sie entweder die Contractilität der Bronchialmuskeln steigern und auch die Bewegungen der Flimmer-Epithelien beleben oder den Husten durch Erhöhung der Empfindlichkeit der Bronchialschleimhaut anregen.

In diesem Sinne direct expectorirende Mittel besitzen wir nicht. Wir können nur insoferne direct einwirken, dass die Secrete, indem sie weniger zähe und leichter lösbar gemacht werden, auch leichter ausgestossen werden.

Darum ist auch die Verabreichung von Alkalien von Nutzen, da diese, wie die Klinik lehrt, die Bronchialsecrete vermehren und flüssiger machen. Auch durch das Pilocarpin wird dieser Zweck erreicht, aber in Folge seiner Wirkung auf die Speichel- und Schweissdrüsen und die Gefässe, wird dieses Medicament von den Patienten nicht gut vertragen. Ausserdem war es zuweilen bei Kindern und sehr robusten Individuen Ursache von Lungenödem.

Um die Athmungswege frei zu machen, muss man zu indirecten Expectorantien seine Zuflucht nehmen, nämlich zu solchen, die expectoriren machen indem sie den Vomitus hervorrufen, also zu den Brechmitteln.

Herrn Semmola gebührt das Verdienst, dieses pharmakologische und therapeutische Capitel erschöpfend illustrirt zu haben. Nach Semmola veranlassen sämmtliche angebliche Expectorantia nur dann die Expectoration, wenn sie den Vomitus hervorrufen, denn, indem sie durch eine excessive Contraction der Exspirations- und Abdominalmuskeln eine plötzliche Verkleinerung des endothoracischen Raumes bedingen, begünstigen sie den Austritt der in den Bronchien angehäuften Schleimmassen. Hält man dies gegenwärtig, so ist geradezu lächerlich, zu sehen, wie in der ärztlichen Praxis seit Beginn der Pneumonie das unfehlbare Polygala-Decoct verschrieben wird! Die Polygala verdirbt in der gewöhnlich verschriebenen Dosis den Magen und ruft keine Expectoration hervor!

Selbstverständlich dürfen die Expectorantia nur dann zur Anwendung kommen, wenn in den Bronchien eine grosse Menge von Secret angesammelt ist und wenn der Husten entweder ungenügend ist, um dasselbe hinauszubefördern, oder ganz fehlt. In jedem anderen Falle ist die Gepflogenheit, ein Expectorans darzureichen, irrationell und zwecklos.

Einige Aerzte glauben, dass der Gebrauch der Polygala oder der Saponaria indicirt ist, wenn der Schleim zähe ist und an den Bronchialwandungen fest anhaftet, wobei sie annehmen, dass diese Arzneimittel die Loslösung des Secretes begünstigen, und zwar durch Herabsetzung der Dichtigkeit in Folge einer vermehrten serösen Absonderung — aber dies ist nur eine Hypothese, die weder von der klinischen Beobachtung noch durch das physiologische Experiment erwiesen worden ist.

Damit bei der Pneumonie die Expectorantia emetica den gewünschten Effect herbeiführen, muss natürlich das Organ, auf welches sie einwirken sollen, unversehrt sein. Auch muss die Darreichung dieser Mittel dem Zustande des Herzens untergeordnet werden. Wenn dieses sehr schwach ist, dann wird durch die Anstrengungen beim Brechacte dessen Paralyse begünstigt, was einen raschen Tod zur Folge hat.

Im Collaps im Allgemeinen und bei adynamischen Zuständen sind die Expectorantia schädlich, da sie die allgemeinen Bedingungen nur noch verschlechtern. Unter solchen Verhältnissen sind dagegen von Vortheil und dem gedachten Zwecke entsprechend die sogenannten Excitantia nervina, wie Baldrian, Kampher, Serpentaria etc., indem sie die darniederliegende nervöse Erregbarkeit heben, die den Cardinalpunkt im Mechanismus der Expectoration darstellt.

Dyspnoë und drohende Asphyxie. Die Pneumonie wird regelmässig von Dyspnoë begleitet, die durch eine bemerkenswerthe Beschleunigung der Respirationsbewegungen charakterisirt ist (30, 40 bis 50 beim Erwachsenen, 70 bis 80 beim Kinde); hiebei sehe ich von der Dyspnoë zu Anfang der Pneumonie ab, die hauptsächlich mit dem Seitenstechen zusammenhängt.

Die Dyspnoë bei der Pneumonie ist entweder die Folge der ungenügenden Blutbildung wegen Verringerung der respiratorischen Oberfläche oder Anhäufung von Kohlensäure im Blute, oder sie ist die Wirkung einer durch Bacteriengifte bedingten Intoxication.

Wenn die Dyspnoë so intensiv ist, dass eine Asphyxie droht, dann muss der Arzt rasch einschreiten, und das beste Mittel ist die Sauerstoff-Inhalation, die die Blutbildung direct fördert und das wahre chemische antidyspnoische Mittel darstellt.

Die Inhalation von Sauerstoff ist insbesondere indicirt bei der Dyspnoë in Folge ungenügender Blutbildung.

Wenn die Dyspnoë die Folge der verminderten Erregbarkeit des respiratorischen Centrums ist, so wird man ausser zum Sauerstoff noch zum Coffeïn, Strychnin und Kampher, die hypodermatisch einzuführen sind, und zu den nervinen Excitantien greifen.

Diese letztere Dyspnoë ist mehr zu fürchten als die erstere, denn sie ist fast immer Vorläuferin eines lethalen Ausganges, indem sie der Ausdruck des stark toxischen Vermögens der pneumonischen Infection ist.

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit. *)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung.)

Die Vervollkommnungen in der Diagnose.

Aber nicht blos auf dem Gebiete der Pathologie des Beckens haben unsere Kenntnisse in der letzten Zeit zugenommen, sondern auch unsere Diagnosen sind bessere geworden. Vor noch kurzer Zeit würde der Gedanke, dass man im Stande sei, die Uterusadnexa «in vivo» ausfindig zu machen und dieselben zu untersuchen, nur ein Lächeln erweckt haben. Heute würde ich mich schämen, wenn irgend einer meiner klinischen Assistenten, nach Ablauf seines dreimonatlichen Aufenthaltes auf der Klinik, nicht im Stande wäre unter annähernd günstigen Umständen. das Volumen, die Lage, die Consistenz und die Beweglichkeit der Tubae Fallopiae — wenn auch nicht so sehr der Ovarien — mit einer ziemlich grossen Genauigkeit zu diagnosticiren. Die Vervollkommnung unserer diesbezüglichen Diagnosen ist auf dem einzigen Wege, auf welchem überhaupt eine Vervollkommnung von Diagnosen erreicht werden kann, erzielt worden, nämlich, indem wir uns daran gewöhnt haben, eine so präcise und sorgfältige Diagnose, wie wir sie überhaupt zu stellen im Stande sind, zu machen, und indem wir dieselbe, so oft sich uns eine Gelegenheit geboten hat, durch den objectiven Befund zu controliren uns bemüht haben. Bei vielen Krankheiten bieten nur die Nekropsien solche Gelegenheiten dar, aber, was die Krankheiten betrifft, die uns jetzt beschäftigen, so hat es sich in der letzten Zeit gezeigt, dass auch der Operationssaal solche Gelegenheiten bietet, und zwar mit dem Resultate, dass sich die Diagnose dieser Krankheiten so ziemlich auf dem Wege der Umwälzung befindet. Wenn wir erwägen, wie viel wir noch in dieser Beziehung zu lernen haben, so ist es klar, dass kein Chirurg auf dem Gebiete der Gynäkologie auch nur eine einzige solche Gelegenheit verabsäumen sollte, um so unser diesbezügliches Wissen zu bereichern. Chirurgen, die sich vor der Operation mit einer blos oberflächlichen Diagnose begnügen, und die eingestandenermassen alle Details der Diagnose erst dann herausfinden wollen, wenn das Abdomen bereits eröffnet ist, scheinen mir, nicht blos ihren Patienten gegenüber nicht sachgemäss vorzugehen, sondern unschätzbare Gelegenheiten, bei denen sie ihre eigenen diagnostischen Fähigkeiten vervollkommnen und die diesbezügliche Wissenschhaft fördern könnten, wissentlich von sich zu weisen.

Wenn man in einem Falle von suspecter Entzündung im Becken eine zufriedenstellende bimanuelle Untersuchung vornehmen will, so glaube ich, dass es von wesentlicher Bedeutung sei, dass die Patientin sich in der Rückenlage mit gebeugten und auseinandergehaltenen Knieen befinde, den Kopf auf einem einzigen Kissen gestützt und die Schultern nicht erhöht — wie allgemein empfohlen wird — sondern dieselben müssen flach auf dem Lager oder auf dem Bette aufliegen. Damit der Operateur in seinen Manipulationen nicht genirt ist — und keine Untersuchung kann jemals eine zufriedenstellende sein, wenn die Position des Operateurs eine ihm unbequeme ist — so soll der Operateur direct vor der Patientin stehen oder sitzen. Nur auf diesem Wege kann der volle Vortheil der bimanuellen Methode erzielt werden.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 40, 1893.

Ich weiss, dass für's Gewöhnliche empfohlen wird, namentlich in Schottland, dass der Untersuchende, sogar auch dann, wenn sich die Patientin in der Rückenlage befindet, zur rechten Seite der Patientin stehen soll, während er seine bimanuelle Untersuchung vornimmt. Aber bedenken wir für einen Moment, was das bedeutet. Die beiden Hände befinden sich im rechten Winkel zu einander. Wenn man sich aber der Kranken gegenüber befindet, so wird diese Ungeschicklichkeit vermieden. Die Hände und Vorderarme stehen dann parallel zu einander, und die nöthigen Manipulationen fallen dadurch viel wirksamer aus, weil man sie viel leichter vornehmen kann. Was den Werth der Rückenlage, resp. der linken Seitenlage, oder der englischen geburtshilflichen Lage, zum Zwecke der bimanuellen Untersuchung betrifft, so glaube ich in der That, dass dies gar keine Discussion zulässt. Niemand, der sich ein Mal daran gewöhnt hat, seine Patientinnen in die Rückenlage zu bringen und sich von der ungleich grösseren Leichtigkeit, mit welcher die tiefer gelegenen Theile des Beckens auf diese Art untersucht werden können, überzeugt hat, wird jemals gern zur alten Methode zurückkehren. Es wurde geltend gemacht, dass die Rückenlage weniger bescheiden sei, als die Lage auf der linken Seite, und daher auch die Gefühle der Kranken mehr verletzt.

Aber ist dies auch wirklich der Fall? Ich sehe es wohl ein, dass eine Patientin, die daran gewöhnt war, immer in der linken Seitenlage untersucht zu werden, und die zum ersten Male auf der Rückenlage untersucht wird, sich unbequem und genirt fühlen wird, und dass sie allenfalls auch geneigt sein könnte, die ungewöhnliche Lage zu tadeln. Ebenso kann ich mir ganz lebhaft die Gefühle eines Arztes vorstellen der während seiner ganzen ärztlichen Laufbahn gewöhnt war, die Frauen auf der linken Seitenlage zu untersuchen, und der zum ersten Male eine Untersuchung auf der Rückenlage der Patientin sieht, dahin neigt, das Verfahren als ein unzartes zu betrachten. Aber all' dieses bestätigt nur wieder ein Mal die wunderbare Macht der Gewohnheit.

Es haftet der Rückenlage thatsächlich nichts Unzartes an, und eine Untersuchung kann mit ebenso viel Rücksicht für die Gefühle der Patientin angestellt werden, wenn dieselbe auf ihrem Rücken liegt, wie wenn sie sich in der linken Seitenlage befindet.

Wenn eine Frau sich so viel Zwang auferlegt hat, sich einer Untersuchung überhaupt zu unterziehen, so that sie es nur desshalb, weil es ihr am Herzen gelegen sei, zu erfahren, was ihr fehlt, und sie würde es gewiss vorziehen, wenn man an sie eine diesbezügliche Frage richtete, durch diejenige Methode untersucht zu werden, welche den Untersuchenden am besten in den Stand setzt, sich ein correctes Urtheil über ihren Zustand zu verschaffen und ihr die Rathschläge, die sie wünscht, zu ertheilen.

Die Vervollkommnungen in der Behandlung.

Aber wir dürfen nicht in unserem Eifer nach einer correcteren Pathologie und einer verfeinerten Diagnose daran vergessen, dass unsere Existenzberechtigung als praktische Aerzte in unserer Aufgabe gipfelt, das Leiden zu lindern, und wo die Möglichkeit dazu vorhanden ist, Krankheiten zu heilen. «Es gibt einen Theil ihres Berufes — sagt Oliver Wendell Holmes in einem seiner unnachahmbaren Essays — den manche praktische Aerzte zu vergessen leicht geneigt sind, nämlich, dass das, was sie sich zu thun am meisten bestreben solten, darin besteht, Krankheiten abzuhalten, das Leiden zu lindern, das Leben zu erhalten, oder es wenigstens, wenn möglich, zu verlängern. Es ist für den Patienten auch nicht vom allergeringsten Interesse, zu wissen, ob 3 oder 3¼ Kubikzoll seiner Lunge den Zustand der Hepatisation zeigen. Sein Geist ist nicht damit beschäftigt, an die interessanten Probleme zu denken, die durch seine eigene Nekropsie gelöst werden sollen; ob dieser oder jener Strang des Rückenmarks der Sitz dieser oder jener Form der Degeneration sei. Er braucht etwas, das seinen Schmerz erleichtert, seine Athembeklemmung

lindert, etwas, das der todten Gliedmasse Bewegung und Empfindung wiedergibt und die Qualen der Neuralgie stillt.

Welche Bedeutung hat es für den Kranken, dass man die Krankheit, die man nicht heilen kann, localisiren und mit irgend einem wunderlichen Terminus nennen kann? Eine alte Frau, die es versteht, einen Umschlag zu machen und weiss, wie man ihn zu appliciren hat und es tuto, cito, jucunde thut, gerade zur rechten Zeit und dort, wo man es braucht, — ist besser — in vielen Fällen tausend Mal besser — als ein hinstarrender Pathologe, der untersucht und percutirt und zweifelt und vermuthet und dem Kranken erzählt, dass es ihm Morgen besser sein wird, und nach Hause geht, um in seinen Büchern umzustören und eine Diagnose ausfindig zu machen.»

Ich habe in dem ersten Theile dieses Vortrages von einigen indirecten Vortheilen, welche die Folge der Operationen, die man zum Zwecke der Entfernung der Uterinadnexa vorgenommen hatte, waren gesprochen, aber ich habe bis jetzt noch nichts betreffend den Werth dieser Operationen in Bezug auf ihren ersten Zweck, nämlich als Behandlungsmethode, gesagt.

Es ist zunächst wünschenswerth, eine klare Unterscheidung zu treffen zwischen der Operation zum Zwecke der Entfernung der Uterusadnexa, wenn keine ausgesprochene Erkrankung der Tuba oder des Ovarium vorliegt, und derselben Operation, wenn diese Organe den Sitz einer ganz ausgesprochenen Erkrankung abgeben. Wahrscheinlich bis zu einem gewissen Grade in Folge des Umstandes, dass die eine Operation gewissermassen aus der anderen Operation hervorgegangen sei, werden diese zwei Operationen fortwährend von den Autoren mit einander verwechselt und rufen unter den Uneingeweihten eine grosse Verwirrung hervor.

Battey's Operation, zu dem Zwecke auf eine künstliche Art die Menopause hervorzurufen, wurde mit der Zunahme unserer Kenntnisse immer mehr eingeschränkt, und sie beschränkt sich jetzt thatsächlich nur auf die Behandlung gewisser Fälle von Uterusmyomen.

Als ein Mittel, um neurotische Zustände zu beseitigen, ist diese Operation so sehr geeignet, missbraucht zu werden und sie gibt zu so schwierigen Fragen — die am liebsten unerörtert bleiben — Veranlassung, und überdies hat sie sich in ihren Resultaten, sogar dort, wo ihre Anwendung eine legitime war, als so unsicher und enttäuschend erwiesen, dass sie jetzt durchaus, und meiner Ansicht nach auch mit Recht, in Misscredit gekommen ist. — Zu gleicher Zeit dürfen wir aber nicht vergessen, dass wir gerade den Männern, die zuerst Battey's Operation ausgeführt haben, nicht nur diese Methode verdanken, durch die wir den Uterusmyomen beikommen können, und die so manches Leben gerettet hat, sondern dass wir ihnen auch diejenige weitere Entwicklung der Chirurgie des Beckens verdanken, von der ich jetzt sprechen will, und die meiner Ansicht nach einen der grössten Triumphe der modernen Gynäkologie darstellt. Ich meine natürlich die Operation zum Zwecke der Entfernung der Uterusadnexa, wenn dieselben den Sitz einer ernsten Erkrankung bilden.

Ich hatte unlängst Gelegenheit, den Collegen die Gründe, aus denen ich mich für berechtigt halte, für diese Operation einzutreten und sie auszuüben, des Näheren auseinandersetzen zu können, dass es kaum nöthig ist, selbst wenn es die Zeit erlaubte, sie alle bei dieser Gelegenheit aufzuzählen.

Ich beabsichtige, anstatt auf ausführliche Argumente einzugehen, in Kürze einen oder zwei Fälle anzuführen, um die Resultate der operativen und nicht operativen Behandlung zu illustriren und mit einander zu vergleichen.

(Schluss folgt.)

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Wenn man bestimmte Naturerscheinungen betrachtet, so scheidet man die Energie des Systems in die actuelle und disponible (latente), deren Summe dem Gesetze der Erhaltung der Energie entsprechend konstant bleibt. Wenn sich nun auch kinetische und potentielle Energieänderungen gegenseitig bedingen, verursachen, so kann man doch nicht generell, wie es in der Dynamik geschieht, die kinetische Energie immer als actuell, die potentielle als disponibel ansehen, sondern dies muss, wie Helm bemerkt, von der Auffassungsweise des Causalzusammenhanges abhängig gemacht werden. Helm trifft nun die Unterscheidung in der Weise, dass er zur actuellen Energie, die man sich im Körper in Thätigkeit befindlich vorstellt, die Energieformen rechnet, die einen absoluten, nicht von Beziehungen zu anderen Körpern abhängigen Besitz jedes einzelnen Körpers im betrachteten System bilden, z. B. die kinetische Energie, die von der absoluten Bewegung oder die freie Wärme, die von der absoluten Temperatur abhängt. Disponibel ist aber nach Helm diejenige Energie, die während des Verlaufes der betrachteten Naturerscheinung in einem Körper actuell wevden oder auf Kosten der actuellen Energie vermehrt werden kann, also die potentiellen Energieformen, die von den Beziehungen des Körpers zu anderen Körpern des Systus oder der Körpertheile untereinander bestimmt sind, z. B. in bestimmten Fällen die latente Wärme oder die chemische Energie.

Nicht nur bei der monistischen, sondern auch bei der mechanischen Auffassung kommt man stets von dem wahrhaft Seienden, der Energie, respective von dem Gegensatze von nur zwei Energieformen — kinetischer und potentieller Energie —, auf die sich die Mannigfaltigkeit aller Energieformen zurückführen lässt, stets wieder auf die erfahrungsgemäss, d. h. mit Hilfe unserer Sinne thatsächlich für uns festgestellten Energieformen zurück. Auch die scheinbar rein mechanischen Vorgänge sind stets auch physiologische. Unserer Organisatien gemäss tritt aber die Aussenwelt in nur wenigen Empfindungsformen an uns heran und hiernach unterscheiden wir in der **einen** Energie verschiedene Energie-**Formen**, was R. Mayer zuerst that, als er «1. Fallkraft, 2. Bewegung, 3. Wärme, 4. Magnetismus und Elektricität und 5. chemisches Getrenntsein gewisser Materien und chemisches Gebundensein gewisser anderer Materien» unterschied. Die Fortschritte der Wissenschaft können diese Formen vereinfachen oder vermehren oder etwas anders anordnen lassen, immer aber handelt es sich darum, dass wir durch unsere Sinnes-Energieen gezwungen werden, Qualitäten zu trennen als Energieformen, die im Geiste der übergeordneten Energie-Idee als nebensächlich und zufällig erscheinen sollten.

Die Versuche über die Begründer der Energie-Ideen und deren Ausarbeiter hinaus neuerdings zu einer Energetik vorzudringen, haben nun diese physiologische und qualitative Frage ganz besonders hervortreten lassen und Gibbs und Helm haben diesen Qualitätsfactor als Intensität neben der Menge (von Ostwald Capacitätsfactor genannt), in die allgemeine Energieform eingeführt. Hiernach ist also das gemeinsame Merkmal der Energieen, die eine Form bilden, die Intensität; bei den thermischen Wirkungen ist hiernach beispielsweise die Energieform die Wärme, die Intensität die Temperatur, die Quantität die Entropie (oder Wärmecapacität); bei der chemischen Energie ist die Intensiiät die Affinität oder das chemische Potential, die Menge oder Capacität das Verbindungsgewicht.

Wegen der Grenzen, die unserem Erkennen in oben angegebener Weise durch unsere Empfindungen gezogen sind, betrachten wir auch einerseits rein subjectiv und anthropomorph die Intensität als Ausdruck des äusseren Einflusses, dem ein Körper unterliegt,

die Menge aber als Darstellung seiner inneren Eigenschaften, d. h. seiner Disposition, äusseren Einflüssen nachzugeben.

Diese erkenntnisstheoretischen Grenzen nöthigen uns auch fortwährend, in einer anderen Richtung neben der monistisch gedachten Energie als solcher resp. neben dem aus der mechanischen Betrachtungsweise sich ergebenden Gegensatze von nur zwei Energieformen, die Vielheit der erfahrungsgemäss zur Kenntniss gekommenen Energieformen zu berücksichtigen und zwar derart, dass damit wieder einem physiologirchen und psychologischen Bedürfnisse Rechnung getragen wird. Das Energiegesetz als solches eliminirt nämlich die «todten Kräfte», d. h. die Tendenzen zu wirken nur im synthetischen Gebrauche, d. h. wenn es dazu benutzt wird, über die Ergebnisse der Umwandlungen summarisch zu urtheilen. Aber damit allein gewinnen wir kein Verständniss über Eintritt und Ablauf der Erscheinungen, wenn wir dieselben analytisch behandeln, weil das Energiegesetz uns keine Antwort auf die Frage geben kann, ob und wann Umwandlungen eintreten müssen. Das Gesetz sagt nur voraus, was eintritt, wenn die Umwandlung erfolgt.

Die analytische Behandlung der Erscheinungen zwingt uns deshalb, stets in concreto Tendenzen zur Wirkung anzunehmen. Zu einer virtuellen Erscheinung, die stets eintritt, wenn sie möglich ist, muss ein Bestreben vorhanden sein und man muss stets die Tendenzen berücksichtigen, die für die einzelnen Energieformen charakteristisch sind und die Art ihres Ueberganges bestimmen.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse hat HELM die Sache so ausgedrückt: «Jede Energieform hat das Bestreben, an Stellen, in welchen sie in höherer Intensität vorhanden ist, zu Stellen von niederer Intensität überzugehen. Sie heisst ausgelöst, wenn sie diesem Streben folgen kann. Im Allgemeinen findet bei jedem Uebergang Umformung statt. Beim Uebergang von höherer zu niederer Intensität wird soviel Energie anderer Form erzeugt, beim umgekehrten Uebergang verbraucht, dass die Quantitätsfunction der übergegangenen Energieform ihren Gesammtbetrag nicht ändert. nämlich in dem einen Körper um ebensoviel vermindert wie im andern vermehrt wird.»

Muss so die absolute Giltigkeit des Energiegesetzes durch die Hilfsvorstellung der Tendenz scheinbar beim speciellen Gebrauche etwas eingeschränkt werden, so ist dies doch noch nicht die einzige Einschränkung. die uns durch die Grenzen unserer Wahrnehmung, unserer Sinnes-Energieen gezogen ist. Wir können thatsächlich nur über die Energie urtheilen, die ausgelöst ist oder wird. Um dieses Urtheil aber bilden zu können, setzten wir irgendwo den Beginn des zu untersuchenden oder zu beurtheilenden Vorganges und datiren diesen von der Auslösung dieser Energie. Im Experimente können wir diesen Beginn nach unserem Willen setzen, in der Gesammtheit der Naturerscheinungen greifen wir zunächst ebenso willkürlich irgend eine Erscheinung oder eine Gruppe von Erscheinungen heraus. Wegen dieser Nöthigung, einzelne Erscheinungen oder Gruppen solcher in Gedanken oder annähernd in Versuche zu sondern, müssen wir uns aber auch stets darüber klar bleiben, dass die einzelnen Erscheinungen oder Gruppen solcher stets weitere Erscheinungen oder Gruppen solcher veranlassen und zwar dürfen diese folgenden Erscheinungen in dieser gedachten Behandlung durch andere der stets in Wirklichkeit daneben stattfindenden Erscheinungsfolgen nicht gestört werden oder dies muss in ganz bestimmter, vorher angebbarer Weise geschehen. Dass der Ablauf der Erscheinungen ein **causaler** ist, wird uns eben durch diese gesetzmässige Folge der in Gedanken gesonderten Erscheinungen klar. Daraus ergibt sich aber auch, dass der Causalzusammenhang einer bestimmten Gruppe von Erscheinungen über deren Energiezusammenhang hinausgreift und dass die Ansicht von STRICKER, nach welchem «die Lehre von der Erhaltung der Kraft und die Causalitätslehre identische Lehren» sind, nicht zutrifft, so lange man die Auslösung der Energie in der bisherigen Weise darstellt, wie es STRICKER selbst thut.

Schon dem grossen Vorkämpfer des Monismus, GIORDANO BRUNO, dürfte etwas derartiges vorgeschwebt haben, wenn er meint, «dass sich keine Linie in der Natur genau auf dieselbe Weise wiederholt finde.» Das geschieht thatsächlich auch nur, wie oben dargelegt, annähernd im Versuche, ganz nur in Gedanken. Gerade indem wir von der Auslösung selbst zunächst absehen, können wir im Versuche annähernd beweisen, dass das Energie-Aequivalent eine constante Grösse ist. In Wirklichkeit wirkt jede ausgelöste Energie durch Uebertragung von Bewegung, d. h. durch einen Verlust an Energie für das erste System auch auslösend auf andere Energie. Dadurch wird einerseits in der Natur die unserem momentanen Erkennen gesetzte Schranke als eine willkürliche oder doch nur als eine Hilfsvorstellung charakterisirt, aber auch andererseits genügend darauf hingewiesen, **dass die auslösende Energie nicht schlechterdings nur nach dem bisherigen Gebrauche unter qualitativen Gesichtspunkten betrachtet werden darf.**

Musste bei dem weiteren Ausbau der Energetik noch mehr als bei R. MAYER selbst in der quantitativen Bearbeitung der Energie die Qualität berücksichtigt werden, deren subjectiver Charakter bereits hergehoben wurde, so scheint mir, dass man umgekehrt bei der Auslösung selbst neben der bis jetzt allein beachteten Qualität die quantitative Seite berücksichtigen muss. Durch beide Momente zusammen wird erst ein volständiger Einblick gewährleistet, dass die Energie eines Systems eine constante Grösse sein muss. Bis jetzt greift die Auslösung in diese quantitative Behandlung des Energiezusammenhanges noch wie ein deux ex machina ein und stempelt die Qualitäten mehr zu «qualites occultae», als sie es in Wirklichkeit sind. Erst mit diesem neuen Momente lässt sich auch für den Causalzusammenhang die Identitätsvorstellung durchführen.

Untersuchungen über die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und der Wunsch, die zu Grunde liegenden biologischen Gesetzmässigkeiten im Zusammenhange der Naturerscheinungen etwas besser zu begreifen, als dies bis jetzt möglich schien, haben mich nach dieser Richtung auf einige bisher nicht beachtete Seiten der Energetik hingewiesen. Auch die neuen Ermittelungen über Befruchtung und Kerntheilung verlangen derartige Erörterungen.

Nach Entdeckung des Zusammenhanges zwischen dem Leben der Hefe und der alkoholischen Gährung durch SCHWANN und CAGNIARD LATOUR 1837 hatte TURPIN ganz allgemein ausgesprochen, dass verschiedene Hefen die Ursachen der verschiedenen Gährungen sind. Besonders gestützt auf diese Entdeckung von SCHWANN und den Nachweis, dass einige Hautkrankheiten parasitär sind, begründete HENLE zusammenhängend von Neuem die parasitäre Theorie der Infectionskrankheiten, nach der die Lebewesen durch ihr Leben und Wirken die Krankheit verursachen: «der specifische Parasit ist der Ansteckungsstoff oder das Contagium dieser (ansteckenden oder contagiösen Krankheiten.»

HENLE fasste zuerst die Gewebe als den «Boden» auf, in dem solche Parasiten wuchern können, und die Contagien sind für ihn als ersten nicht «Keim oder Same der Krankheit, sondern der Krankheitsursache». HENLE ist sichtlich nicht der Ansicht, dass die Contagien als solche die Krankheitsursachen sind, sondern die Parasiten werden durch ihre typische Entwicklung zur typischen Krankheitsursache. Entwickelung ist aber für uns eine Bewegungsform und insofern hat HENLE viel klarer gedacht als die Mehrzahl seiner Anhänger und Nachfolger. Auch der Passus: «auch die Veränderung des Blutes oder der organischen Substanz, auf deren Kosten die supponirten Parasiten sich vermehren, kann Ursache des Fiebers werden», zeigt, dass HENLE schärfer gedacht hat und nur die Krankheitserreger, nicht die Krankheiten als Species betrachtet.

Erst als die biologische Theorie der Gährungen durch PASTEUR erneuert wurde, und als er eine Anzahl specifischer Hefen als Ursachen von Gährungen kennen lehrte, als im Anschlusse hieran mehr oder weniger beweisend auch Mikroparasiten bei verschiedenen Infectionskrankheiten erkannt wurden, vergass man Alles früher Erarbeitete. Jetzt wurden Mikrobien schlechthin die «Ursache» der Gährungen und Krankheiten. Jetzt konnte man zum ersten Mal «Ursachen» sehen und Anderen zeigen!

LIEBIG's berechtigter Spott über dieses unklare Denken über die Thatsachen hat später PASTEUR zur Umkehr genöthigt und ihn

gezwungen, wieder nach dynamischen Vorstellungen zu suchen. In der Pathologie blieben aber die Mikrobien als «Ursache» der Infectionskrankheiten an uns hängen und besonders KLEBS kam schliesslich 1878 zu jener der VIRCHOW'schen diametral entgegengesetzten Auffassung, dass «die sogenannte Reaction der Gewebe wesentlich von äusseren Einrichtungen abhängt», dass das äussere Agens, Irritans, die wahre Krankheitsursache, ein causa sufficiens sei, dass Leben wie Krankheit im Allgemeinen und in ihren besonders specifischen, typischen Erscheinungen bloss durch die Wirkung äusserer Ursachen zu Stande komme. Hiermit war die Theorie genau an dem Punkte angekommen, wo BROWN's Anschauungen für die Therapie versagt hatten. Das half aber zunächst gar nichts. Und als nun gar KOCH in methodisch für immer grundlegender Weise selbst und seine Schüler viele gährungs- und kranheitserregende Mikrobien einwandsfeier als bis dahin nachwiesen, da schien die ganze Sache vollends entschieden. Die specifischen Mikroparasiten waren die «Ursache», das wahre «Wesen» der specifischen Infectionskrankheiten und allem naturwissenschaftlichen Denken zum Hohn konnte man nun nicht nur Ursachen sehen und zeigen, sondern kleinste Ursachen konnten grösste Wirkungen hervorzubringen. Ebenso wie KLEBS hatte auch KOCH wohl noch eine dunkle Ahnung, dass man in der Wissenschaft die Lehre des «causa aequat effectum» als durchgreifend bewährt fand. Da die sichtbaren und demonstrirbaren Mikroparasiten aber als «causa sufficiens» galten, so liess sich von diesem Standpunkte der innere Widerspruch nur so lösen, dass man erklärte, die specifischen Mikroparasiten bestimmen allein das Wesen, den Character, den Typus der Krankheit und diesem Momente gegenüber sind die inneren Einrichtungen der Gewebe ganz nebensächlich und causal bedeutungslos. KOCH selbst hat sich von diesem Standpunkte niemals freigemacht und seine Rede auf dem internationalen medizinischen Congresse zu Berlin 1890 feierte als höchste Leistung der Bacteriologie den Nachweis specifischer Mikroparasiten als «Ursache» von Krankheiten und sein Schüler CORNET warnte in Consequenz dieser Anschauung seines Lehrers geradezu vor der «unseligen Annahme von der Wichtigkeit der Disposition als einer zweiten Ursache der Tuberkulose neben oder über dem Bacillus». KLEBS dagegen erkannte unter der Einwirkung der VIRCHOW'schen Kritik wieder 1887 neben den äusseren die inneren Momente als causal wichtig an. Aber von einer wirklichen Klärung ist bei ihm doch noch keine Rede und eine volle Erkenntniss der principiellen Gesichtspunkte mangelt KLEBS noch jetzt, wie seine Worte unzweideutig lehren; «Bricht nun die Krankheit aus, durch einen Anstoss hervorgerufen, welcher gerade den schwachen Punkt trifft, so fragt sich, welcher von beiden Erscheinungen, der prädisponirenden Schwäche oder dem äusseren Anstoss die Bedeutung der eigentlichen Krankheitsursache beizulegen ist. Vielleicht beiden, wenn wenn nicht die nächste Ursache in dem Bereiche des Normalen läge und es bei dem wirklichen Zustandekommen der Störung doch mehr auf die vorhandene Prädisposition oder Schwächung des Organismus ankommt, welche es auch ist, die der entstehenden Krankheit den Charakter verleiht.» KLEBS geht sogar noch weiter und kehrt wieder zu HENLE und LOTZE zurück, indem er sich gegen die «Verwechslung oder Identificiruug der Krankheitsursachen mit den dieselben hervorbringenden Substanzen oder Organismen» wendet und bemerkt, dass «die realen Körper nicht an sich, sondern nur durch die von ihnen ausgehenden Kräfte in Wirksamkeit treten.»

Schon vorher hatte VIRCHOW, 1874, ohne jedoch die parasitäre Theorie principiell als berechtigt anzuerkennen, sich gleichfalls der HENLE'schen Auffassung zugewendet, indem er meinte, dass die Bacterien nicht mechanisch, sondern durch von ihnen gebildete Gifte zur Wirkung gelangen. Aber noch vor VIRCHOW hatte bereits 1857 PANUM diesen Punkt erkannt mit der für die Prophylaxis wichtigen Folgerung, dass es zur Bekämpfung der Gifte vortheilhafter sei, die Bacterien als Giftbildner zu vernichten. Erst ganz neuerding gibt ein anderer Schüler KOCH's, BEHRING, zu, «dass die Bacterien keine Causa sufficiens sind für eine Krankheit», womit zum ersten Male die Unhaltbarkeit von KOCH's Ansichten über Aetiologie eingestanden wird

Dass die Infectionskrankheiten und Gährungen ganz eigenartige Erscheinungen sind, hat noch nie Jemand geleugnet. Gerade diese Besonderheiten haben immer wieder die Aufmerksamkeit auf diese Vorgänge gelenkt, mit deren Studium die wissenschaftliche Medicin geradezu beginnt. Das ätiologische Problem, den Zusammenhang der Seuchen mit der Umgebung zu begreifen, ist das älteste unsererer Wissenschaft. Bis auf den heutigen Tag hat die Forschung sich in diesen Dingen von der naiven ontologischen Betrachtung nicht frei zu machen gewusst. Statt der früheren Personificationen der Priestermedicin haben wir andere «Wesen» gesetzt, um das «Specifische» dieser Erscheinungen zu begreifen. SYDENHAM, der diese Seite zuerst umfassend dargelegt hat, kam zu der Ansicht, dass jede Krankheit «ebenso gut als eine besondere Species anzusehen ist, wie eine Pflanzenspecies». Die «Krankheit-Species» ist ihm das eos morbi, wobei er jedoch, was nicht zu übersehen ist, die später scharf geschiedenen Begriffe der Krankheitsanlage und Krankheitsursache noch nicht oder nicht immer trennt. Bisweilen scheint er aber anzunehmen, dass die Krankheitsspecies veranlasst ist durch ein giftiges, contagiöses Agens von Speciesconstanz; so scheint mir wenigstens seine Forderung erklärbar, «morborum classes juxta botanicorum ordinem» zu stellen, wenn er damit nicht etwa nur das Specifische der Krankheiten besonders deutlich machen wollte.

Für VIRCHOW liegt die Befriedigung des ontologischen Bedürfnisses in der Auffassung der kranken Zelle als des ens morbi. Hierin liegt wohl eine Anpassung an die Fortschritte der Mikroskopie, aber kein so grundsätzlicher Fortschritt im Sinne einer Vertiefung des Causalproblems, wie man es bisweilen hört. Das Wort «specifisch» kann sowohl ganz allgemein im Sinne von besonders oder typisch gebraucht werden, als auch im Sinne von Species. Der wirkliche Fortschritt bei VIRCHOW liegt darin, dass er die allgemeine Fassung bevorzugt und endgiltig die falsche Vorstellung beseitigt hat, dass die Krankheiten als solche Species sind. Mit der Entdeckung specifischer Infections- und Gährungserreger wurden diese als «Species» aufgefasst und diese Ermittelung dem ontologischen Bedürfnisse dadurch mundgerecht gemacht, dass man jetzt das «Wesen» in der Anwesenheit solcher specifischer Infections- und Gährungserreger sah. Für HENLE, PASTEUR, F. COHN und im Anschlusse an diese für R. KOCH stellt die «specifische» Gährungs- und Infectionszelle das ens morbi et fermentationis dar.

Jede Schule hat bis jetzt in irgend einer Weise mit derartigen Porsonificationen gerechnet und nur den Begriff des «Wesens», der «Entität» anders gefasst. Eine Verständigung ist dadurch fast unmöglich gemacht.

Vielleicht gelingt es aber, diesem Streite ein Ende zu machen, wenn man sieht, wie sich diese so verschiedenen «Wesen» darstellen, sobald man ein concretes Causalurtheil bildet und dieses in Einklang mit der Energieidee entwickelt. Für ein «Wesen» bleibt allerdings bei einer solchen rationalistischen Betrachtung kein Platz und die Infections- und Gährungsvorgänge müssen so einfach und unzweideutig entwickelt werden, wie irgend ein dynamisches oder mechanisches Problem der Physik. Gerade dadurch zeigen uns aber diese organischen Vorgänge Dinge, die dem Physiker ferner liegen, um so deutlicher.

In dem eindeutigen Sinne der Definitionen von R. MAYER, welche die exacten Naturwissenschaften endgiltig angenommen haben und die ebenso in der Erkenntnisstheorie gelten, soweit dieselbe nicht metaphysisch vorgeht, ist die Ursache in inneren Einrichtungen zu suchen, die von äusseren Einflüssen nicht unmittelbar bestimmt sind. Diese causa princeps oder res prima ist also einmal stets eine causa interna und dann, weil sie im bestimmten Sinne hinter den wechselnden äusseren Einflüssen steht, eine causa sufficiens, was durch die deutsche Bezeichnung «Ur-Sache» in schärfster und glücklichster Weise zum Ausdruck kommt. Diese Ursache im Sinne der Erkenntnisstheorie deckt sich mit dem Begriffe der potentiellen Energie im Sinne der Mechanik. Es kann also nur die innere Einrichtung quantitativ und qualitativ alles enthalten, was auf äussere Einflüsse hin in die Erscheinung tritt oder, anders ausgedrückt, die ausreichende Ursache für Gährungen und Krankheiten liegt nur im Bau des angesteckten Wirthes, in seiner Anlage und im Bau, in der Constitution

des gährfähigen Körpers, und zwar zunächst gleichgiltig, wie dieser Energiefactor zu Stande gekommen ist. Was hier nicht vorgesehen ist, kann nicht in die Erscheinung treten. Von selbst tritt eine solche Erscheinung aber nicht ein und, um sie im Versuche zu sondern, müssen wir die gegebene und scheinbar latente, potentielle innere Ursache «auslösen».

Eine solche auslösende Kraft ist den inneren Einrichtungen gegenüber stets eine äussere und fremd (heterogene) und nach der bisherigen Betrachtungsweise nur qualitative, aber sie ist auch keine causa sufficiens, weil sie nicht ihre Kräfte zur Erscheinung bringt, sondern durch ihre Kräfte nur andere, sonst latente Dinge hervorruft. In diesem Sinne erkannte LOTZE 1848, dass «die Reaction zunächst gar keine Beziehung zur (sc. äusseren) Krankheitsursache» hat und VIRCHOW sprach 1854 aus, dass die äusseren Einflüsse den «inneren Einrichtungen den Anstoss zur Thätigkeit ertheilen» und äusserte sich später noch öfters in diesem Sinne. In diesem Sinne sprach LIEBIG schon 1842 von der «Erregung» der Gährungen durch Uebertragung von Bewegungen und NAEGELI formulirte dies 1877, ohne R. MAYER zu erwähnen, so, dass er sagte: «die Hefe muss fortwährend die Anstösse geben, um die in einer grösseren oder kleineren Gruppe von Zuckermolekülen angehäufte Spannkraft auszulösen». Ich selbst habe für Infectionskrankheiten und Gährungen diese Beziehungen verschiedentlich erörtert: Hiernach sind die Ursachen stets innere und quantitativ abgeglichene, so dass kleine Ursachen auch nur kleine Wirkungen haben; hiernach ist die Auslösung oder Erregung stets ein äusserer Vorgang und kleine Kräfte können grosse Wirkungen wohl auslösen aber nicht verursachen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Prophylaxe und Beseitigung des Trachoms in der k. u. k. österr.-ungar. Armee.

Von **Dr. Karl Hoor**,

k. u. k. Regimentsarzt, Docent an der Universität in Budapest.

Verlag von Josef Šafař. Wien 1892.

Die Trachomfrage, welche im Allgemeinen in der letzten Zeit etwas acuter zu werden beginnt, beschäftigt naturgemässer Weise in erster Linie die Militär-Behörden. Werden doch von dieser Krankheit der Armee jährlich Tausende von sonst gesunden und kriegsdiensttauglichen jungen Leuten entzogen, und wird die Schlagfertigkeit einzelner Truppenkörper, die sich aus trachomdurchseuchten Gegenden ergänzen, in hohem Grade gefährdet.

Auf Grund langjähriger Erfahrungen schlägt nun der Verfasser die gegen diesen Uebelstand einzuschlagenden Massnahmen vor, die freilich zum grössten Theile pia desideria bleiben dürften.

Nach unserem jetzigen Wehrgesetze befreit «hochgradiges Trachom und chronische Blenorrhoe der Bindehaut» vom Militärdienste. Diese Bestimmung wünscht der Autor vollständig geändert, da es ja klar ist, dass Mancher, der weiss «mit Trachom braucht man nicht zu dienen», eine etwa bestehende Krankheit seiner Augen nicht behandeln, sie verschlimmern lassen, ja sogar sich absichtlich inficiren wird. Es sollte vielmehr, meint der Vsrfasser, der Grundsatz gelten: Jeder sonst gesunde Trachomkranke ist einzureihen. Der gleichzeitig in Kenntniss gesetzten Civilbehörde müsste es zur Pflicht gemacht werden, den Mann bis zu seiner Einrückung ärztlich pflegen zu lassen, und wenn dem jungen Soldaten eingeschärft würde, dass er die Zeit, die er vom Momente seiner Einrückung an bis zu seiner Genesung im Militärspitale verbracht hat, nachdienen müsse, wird er sich die Pflege seiner Augen angelegen sein lassen.» Wir dürfen, sagt Verfasser «das Trachom unter keiner Bedingung als Befreiungsmoment von der Wehrpflicht anerkennen, sonst züchten und cultiviren wir es, und wir werden, eh wir uns versehen, eben so wie in Belgien Trachomregimenter aufstellen müssen, um nur den Friedenpräsenzstand aufbringen zu können. Der einmal eingerückte Trachomkranke ist sofort dem Spitale zu übergeben. Dort sollen alle mit Blenorrhoe behafteten Soldaten in einem eigenen Pavillon untergebracht und möglichst isolirt werden. Sie sollen eigene Wäsche besitzen, eigenes Geschirr und separate Kleidung. Sie sollen möglichst wenig mit gesunden Kameraden verkehren, und die Badelocalitäten nur an bestimmten Tagen besuchen. Denn wenn man überhaupt das Trachom als eine infectiöse Krankheit auffasst (und darüber gibt es wohl keine Zweifel mehr) so muss man auch entsprechend vorgehen. Entlassen soll der Kranke nur werden, wenn er vollständig geheilt ist, so dass er ohne jede Gefahr zur Truppe gehen kann, erweist sich seine Affection als unheilbar, oder ist sein Sehvermögen durch Trübungen der Hornhaut bis zu einem Grade geschwächt, dass der Soldat dadurch zum Dienste untauglich wird, dann mag man ihn nach Hause schicken, aber nur, wenn jede Spur von Sekretion erloschen ist.

Bei der Truppe selbst sollen die Augen aller Leute monatlich 2 Mal, und wenn das Regiment aus einer trachomdurchseuchten Gegend stammt, sogar wöchentlich einmal untersucht werden. Bezüglich der eingerückten Reservisten stellt Verfasser die unumgängliche Forderung auf, an Trachom erkrankte dem Militärspitale zu übergeben und ohne Rücksicht auf die Dauer bis zu ihrer vollständigen Heilung darin zu belassen. Gewiss schon mit Rücksicht auf die Verbreitung des Trachoms unter der Bevölkerung eine trefflich zu nennende Massregel, eine andere Frage aber ist es, ob die Civilbehörden den Wunsch des Verfassers erfüllen, und mittlerweile die Familie des Reservisten vor Hunger schützen würden. Strenge Reinlichkeit in der Kaserne, peinlichste Durchführung der allgemein hygienischen Vorschriften tragen nach des Verfasser's Meinung gewiss dazu bei, die Entstehung einer Trachomepidemie unter den Soldaten zu verhüten. Anknüpfend an die furchtbaren Schäden, welche das Trachom unter den Schaaren Napoleon's angerichtet, schlägt Verfasser vor, im Kriegsfalle alle diejenigen Leute, welche an ansteckungsfähigem Trachom leiden, unbedingt zurückzustellen, und sie eventuell zur Besatzung der Garnison zu verwenden. Truppenkörper, bei denen die Epidemie in grösserem Masse auftritt, seien einfach aufzulösen; bei Manövern nehme man Rücksicht darauf, dass Soldaten in solchen Orten, wo das Trachom unter der Bevölkerung epidemisch herrscht, nicht einquartirt werden. Sehr beherzigenswerth ist der Rath des Verfassers, die Militärärzte in periodisch abzuhaltenden praktischen Kursen über das Wesen und die Behandlung des Trachoms genauestens zu instruiren.

Nicht unerwähnt wollen wir eine dem überaus interessanten Büchlein beigegebene umfassende Besprechung über Aetiologie, Diagnose und Therapie des Trachoms, sowie eine ausführlich historische Besprechung der Krankheit lassen. *A. P.*

Kurzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen.

Von **Dr. Johannes Gad**, Professor in Berlin und **Dr. J. F. Heymans**, Professor in Gent.

Mit 62 Abbildungen in Holzschnitten und 1 lithograph. Tafel.

Verlag von Friedrich Wreden. Berlin 1892.

Vorliegendes Werk bildet den 16. Band in WREDEN's Sammlung medizinischer Lehrbücher und präsentirt sich in der bekannten netten Ausstattung dieser Büchereihe. Die Autoren haben mit der Abfassung dieses kurzen Lehrbuches der Physiologie durchaus keine erschöpfende Darstellung der Disciplin zu geben beabsichtigt, sondern nur die wichtigsten Elemente der Physiologie in klarer Weise wiederzugeben versucht. Es war ihnen auch nicht darum zu thun, dem Leser eine grosse Fülle von Daten und Behauptungen vorzusetzen, sondern vielmehr ihn zum physiologischen Denken anzuregen und vorzubilden. Das Werk zerfällt in zwei grosse Abschnitte, deren erster die Physiologie der animalen, der zweite die der vegetativen Processe umfasst. Im ersten finden wir die Capitel über Muskelgewebe, Körperbewegungen, Nervengewebe, Centralnervensystem, specielle Nervenphysiologie und Physiologie der Sinne, im zweiten die Capitel über Blut, Lymphe, Kreislauf, Athmung, Diät, Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel, Wärme und Arbeit. Man ersieht aus dieser Eintheilung, dass die Autoren von vorneherein auf die Ausführung der Zeugungslehre und Embryo-

logie verzichtet haben, offenbar, weil sie eine ausführliche Besprechung dieser Fragen als in das von ihnen scharf umgrenzte Gebiet der Physiologie nicht gehörig betrachteten. Sämmtliche Abschnitte des Werkes zeichnen sich durch sehr übersichtliche und klare Darstellung aus, nirgend wird Aufwand mit Citaten oder Litteraturangaben getrieben, sondern überall ist das Wesentliche erfasst und scharf hervorgehoben, das Thatsächliche in den Vordergrund gestellt, den Hypothesen nur geringer Raum gelassen. Dabei ist es den Verfassern gelungen, überall anregend zu bleiben, sowohl durch die originelle Auffassung ihrer Aufgabe, als durch den angenehmen Styl. Das Werk wird sich gewiss viele Freunde erwerben. *J. S.*

Ueber Gasphlegmonen.

Von **Dr. Eugen Fränkel,**
Prosektor am neuen allgemeinen Krankenhaus in Hamburg.
Mit 3 chromolithographirten Tafeln.
Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

FRÄNKEL hatte Gelegenheit, vier Fälle von Gasphlegmonen zu beobachten und die Sektion von dreien derselben zu machen. Es ist bemerkenswerth, dass in zwei der letal abgelaufenen Fälle die Erkrankung von der Applicationsstelle einer subkutanen Injektion ihren Ausgang genommen hatte. FRÄNKEL hat in allen vier Fällen genaue bakteriologische Untersuchungen vorgenommen und ausnahmslos einen in der vorliegenden Arbeit genauer beschriebenen Bacillus finden können. Derselbe ist strenge anärob, bildet nur sehr selten Sporen, ist unbeweglich, zeigt auch in künstlichen Nährmedien reichliche Gasentwicklung und ruft bei Meerschweinchen subkutan injicirt Nekrose der tiefen Schichten mit reichlicher Gasbildung hervor. Oft geht das Versuchsthier, offenbar an Intoxikation, ein, während die Bacillen immer nur an der Injektionsstelle nachweisbar bleiben, sich dort aber reichlich vermehren. Niemals wird durch die genannten Bacillen Eiterung hervorgerufen. Mischinfektion des fraglichen Bacillus mit Eiterkokken ruft noch schwerere Erkrankungen hervor. Verfasser analysirt ferner die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle von Gasphlegmonen des Menschen und kommt zu dem Schlusse, dass die Aetiologie dieser Erkrankung keine einheitliche sei, dass jedoch fast ausnahmslos anärobe Bakterien ihr zu Grunde liegen. Gute Tafeln veranschaulichen das Aussehen der Kulturen und der an einem inficirten Meerschweinchen ersichtlichen Veränderungen.
J. S.

Lehrbuch der speciellen Chirurgie.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Dr. Franz König,**
Professor der Chirurgie etc. in Göttingen.
6. Auflage, 1. und 2. Band.
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Von KÖNIG's klassischem Lehrbuch liegt der 1. und 2. Band der 6. Auflage vor. Neues lässt sich über dieses anerkannte Werk kaum sagen. Seit vielen Jahren als mustergiltig betrachtet, hat das KÖNIG'sche Lehrbuch auch in seiner neuen Auflage alle in den lezten Jahren entstandenen Bereicherungen der Chirurgie in sich aufgenommen. Mit enormem Fleiss hat der Verfasser die grosse Litteratur der letzten Jahre gesammelt, gesichtet und verarbeitet. In Folge dessen hat das Werk auch an Umfang nicht unbeträchtlich zugenommen. In der Eintheilung ist insoferne eine Aenderung eingetreten, als die Wirbelsäulenerkrankungen in den 3. Band hinübergenommen worden sind.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche. *J. S.*

Bibliographie der klinischen Helminthologie.

Von Medizinalrath **Dr. J. Ch. Huber,**
k. Landesgerichtsarzt in Meiningen,
Verlag von J. S. Lehmann. München 1893.

Von diesem trefflichen Hilfsbuch, dessen erste Hefte wir bereits vor Jahresfrist zu empfehlen Gelegenheit hatten, ist nun Heft 5 und 6 erschienen. Es enthält bibliographische Notizen über Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus und Ankylostomum. Forschern auf diesem Gebiete wird dieses Heft geradezu unentbehrlich sein. Die Ausstattung ist besonders schön. *F.*

Zeitungsschau.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Giessen.

Dr. P. Poppert, a. o. Professor und I. Assistenzarzt: **Zur Frage der totalen Kehlkopfexstirpation.** (Deutsche mediz. Wochenschrift, Nr. 35, 1893.

Die Resultate der vollständigen Entfernung des carcinomatösen Kehlkopfes sind wenig erfreulich. In der neuesten Zusammenstellung von 163 Fällen gibt TAUBER die Sterblichkeit mit 41% an. Ursache der ungünstigen Resultate sind nicht die technischen Schwierigkeiten der Operation, sondern die schwer zu verhütenden Complicationen der Wundheilung, indem nach Auslösung des Kehlkopfes eine umfangreiche, mit dem Pharynx durch eine grosse Oeffnung communicirende Wundhöhle zurückbleibt, in welcher die Trachealöffnung den abhängigsten Punkt bildet und in Folge dessen Speichel und Schleim aus dem Munde und die Wunde gelangen, die Zersetzung des Wundsecretes herbeiführen und zur Entstehung der sogenannten Schluck-Pneumonie Anlass geben.

Diese Complicationen von seiten der Lunge raffen in den ersten Wochen nach der Operation die meisten Kranken hinweg. Daran hat auch die Einführung der Jodoformtamponade (1881) wenig geändert. Von manchen Autoren wird darum die Operation gänzlich verworfen und in solchen Fällen nur die palliative Tracheotomie für berechtigt erklärt.

Die Beseitigung der genannten Gefahr bei der Operation wäre nur durch Abschluss der Wunde gegen den Pharynx möglich.

SCHMID räth die Oeffnung nach dem Pharynx durch Naht zu verschliessen und die Entwickelung der sogenannten Pseudostimme die er in einem Falle viel kräftiger und lauter als nach Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes beobachten konnte, abzuwarten.

BARDENHEUER empfiehlt die Oeffnung vorübergehend, bis die Wundhöhle mit guten Granulationen ausgekleidet ist (etwa auf 14 Tage) durch Naht zu verschliessen und dann die Nähte behufs Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes zu entfernen.

Verfasser beschreibt einen von ihm mit Abschluss des Pharynx glücklich operirten Fall.

Eine 68jährige Bauersfrau litt seit $1^1/_2$ Jahren an Heiserkeit, seit 5 Wochen an Athembeschwerden bis zur Erstickungsart. Die Untersuchung ergab Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, Verengerung der Glottis, Wulstung und Verdickung der Stimmbänder mit Umwandlung derselben in eine unebene, höckerige Masse. 11. August 1892 Tracheotomie. Tamponade der Trachea mit der Pressschwammkanüle, Spaltung des Kehlkopfes. Die Hauptwucherung sass links, breitete sich jedoch auch nach rechts aus, so dass an eine partielle Exstirpation des Kehlkopfes nicht gedacht werden konnte.

Die Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens ergab Carcinom. — Am folgenden Tage wurde bei hängendem Kopfe die Kehlkopfexstirpation gemacht. Es zeigte sich hiebei eine etwa zweimarkstückgrosse Communication mit dem Pharynx, welche in senkrechter Richtung durch eine zweireihige Naht geschlossen wurde. Hierauf Annähung des Trachealstumpfes an die äussere Haut, Einlegung einer gewöhnlichen Canüle, Verkleinerung der Wunde durch einige Hautnähte, Tamponade mit Jodoformgaze.

Heilungsverlauf sehr günstig. Von grösstem Vortheil war, dass die Operirte sogleich gut schlucken konnte. Sie nahm bald nach der Operation ohne Beschwerden flüssige Nahrung zu sich. Verfasser liess die Wunde sich vollkommen schliessen und vernarben, was etwa nach 5—6 Wochen der Fall war.

Patientin bis Juli 1893 vollkommen gesund, ohne Anzeichen von Recidive.

Die grössten Vortheile dieser Methode zeigten sich in dem Wegfall der Fütterung mit der Schlundsonde, in dem Reinbleiben des Verbandes von Speichel und Schleim und in Folge dessen den seltener erforderlichen Verbandwechsel.

Um nach vollendeter Operation das Eindringen von blutigem Secret in die Trachea zu verhüten, räth Verfasser für die ersten 24 Stunden eine jodoformirte Pressschwammcanüle zu verwenden. Patientin war nach der Operation sofort im Besitz einer Sprache. Sie konnte gleich nach der Narcose einzelne Worte deutlich flüstern,

so dass man sie recht wohl verstehen konnte. Da der Zusammenhang zwischen Lunge und Mundhöhle fehlte, so war die selbstständige Aussprache der Vocale im Anlaut der Wörter unmöglich. Dagegen wurden die Consonanten durch Verwendung der in der Mundhöhle befindlichen Luft und entsprechende Muskelcontractionen ganz gut ausgesprochen und in Verbindung mit ihnen im Zu- und Auslaut durch rasches Uebergreifen in die betreffende Mundstellung auch die Vocale hörbar gemacht.

Verfasser verzichtete, da diese Sprache für die Verhältnisse seiner Patientin genügte, auf die Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes, dessen Tragen bei der wenig intelligenten Kranken mit manchen Unzukömmlichkeiten verbunden gewesen wäre und räth bei alten gebrechlichen Leuten, bei Leuten von geringem Bildungsgrade und dann besonders in solchen Fällen, wo ein baldiges Recidiv zu erwarten sei, in der beschriebenen Weise vorzugehen.

Bei Personen, die ihrem Berufe gemäss, auf lautes Sprechen angewiesen sind, könnte, da die Entwickelung der oben erwähnten Pseudostimme doch fraglich ist, späterhin jederzeit für die Einlegung eines künstlichen Kehlkopfes ohne Schwierigkeiten eine Oeffnung nach dem Rachen angelegt werden. *B. S.*

Prof. A. Pick: Ueber allgemeine Gedächtnissschwäche als Folge cerebraler Herderkrankung. mit einem Beitrage zur Lehre von der topischen Diagnostik der Sehhügel-Läsionen. (Prager med. Wochenschr. Nr. 37 u. 38, 1893)

Allgemeine Gedächtnissschwäche wurde als Folge verschiedenartiger, auf das Gehirn in toto wirksamer Einflüsse öfter beobachtet, als directe Wirkung einer cerebralen (nicht den Tumoren angehörigen) Herdaffection wird sie nur von FOURNIER, in seiner Monographie über Hirnsyphilis, in einem Falle beschrieben, wo ein Kranker in Folge von syphilitischer Gehirnerkrankung das Gedächtniss plötzlich über Nacht verlor.

Verfasser hat 2 Fälle derart beobachtet und bringt sie wegen des Interesses, das sie bieten, zur Veröffentlichung.

I. Patient 36 Jahre alt, verheirathet, Kaufmann. Hereditär nicht belastet, angeblich nie luetisch inficirt gewesen. Seit 2 Jahren Verstimmung und Zerstreutheit. 12. December 1889 leichter apoplectischer Insult, nach welchem rechtsseitige Hemiplegie zurückblieb. — Seit dieser Zeit das Gedächtniss hochgradig gestört und zwar umfasst der Gedächtnissausfall die Zeit etwa von Ende 1888, während das frühere Gedächtnissmaterial so ziemlich intact geblieben ist: er rechnet gut, spricht französisch, recitirt Gedichte, weiss die wichtigsten historischen Begebenheiten etc. Dagegen sind ihm die historischen Ereignisse der letzten Zeit entschwunden, (dass Kaiser Wilhelm, Kronprinz Rudolf gestorben etc.); er erkennt Frau und Kinder nicht, die Aerzte nicht, die er täglich sieht, er vergisst im Laufe von wenigen Minuten, was er gesprochen (er gibt z. B. im Verlauf von 4 Minuten über sein Alter, Geburtsjahr etc. dreimal befragt, 3 verschiedene Auskünfte). — Die sonstigen somatischen Verhältnisse zeigen neben der Parese des ganzen rechten Facialis (auch bei reflectorisch-mimischen Bewegungen bleibt die rechte Gesichtshälfte zurück), des rechten Armes und Beines normale innere Organe, kein Zeichen von Lues, keinen charakteristischen Augenspiegelbefund.

Der weitere Verlauf zeigte psychisch Constantbleiben (eine Schmiercur und Jodkalibehandlung waren erfolglos geblieben) oder eher noch Zunahme der Gedächtnissstörung, Abnahme der Intelligenz, zunehmende Reizbarkeit; somatische Zunahme der Paresen, so dass Patient sich auf den Beinen kaum mehr zu erhalten vermag.

Die topische Diagnose kann nur auf Zerstörung der Willkürbahn wahrscheinlich in der inneren Kapsel gestellt werden. Bezüglich der Natur der Läsion kann man, wenn man das Fehlen jedes anderen ätiologischen Momentes, das Alter des Patienten, die der Apoplexie vorangegangenen Erscheinungen in Betracht zieht, nur eine durch specifische Hirnarterienaffection bedingte Erweichung annehmen.

II. Patient 31 Jahre, verheiratet, hat in den 20er Jahren ein Ulcus durum acquirirt und die Schmiercur durchgemacht. October 1892 apoplectischer Insult mit darauffolgender linksseitiger Lähmung.

Seitdem ist Patient bettlägerig und öfter gegen seine Umgebung gewaltthätig. Status 29. März 1893: Mittelgross, kräftig. Pupillen normal. Der linke Facialis inclusive Stirnast gelähmt, auch bei mimischen Bewegungen. Die linken Extremitäten hochgradig paretisch, Reflexe gesteigert. Homonyme linksseitige Hemianopsie, normaler Augenhintergrund. Sensibilität normal, innere Organe gesund. Das psychische Verhalten zeigt Apathie und hochgradige Gedächtnissschwäche. Er ist vollkommen unorientirt. Die Sprache nicht gestört, beim Lesen jedoch macht er Fehler, überspringt Worte, liest unsinniges Zeug. Das Gedächtniss für alterlebte Ereignisse ist so ziemlich intact. Unter dem Einfluss einer mehrwöchentlichen Schmiercur und Jodkalibehandlung bessern sich die Paresen, stellt sich das Gedächtniss wieder her, nur ist eine gewisse Vergesslichkeit und Gleichgiltigkeit noch zu bemerken.

Was das Verhalten des Facialis betrifft, sagt NOTHNAGEL in seiner topischen Diagnostik: «Wenn bei einer Herderkrankung mit Hemiplegie und Facialislähmung die willkürliche Beweglichkeit der Gesichtsmuskeln aufgehoben ist, dagegen die Betheiligung beider Gesichtshälften bei psychischen Emotionen (Lachen, Weinen, u. s. w) die gleiche ist, kann man annehmen, dass der Sehhügel und seine Verbindungsbahnen intact sind.»

Es ist also in dem letztgenannten Falle, wo Lähmung der willkürlichen und emotionellen Facialisinneroation neben homonymer Hemianopsie vorhanden war, eine Betheiligung des Sehhügels fast mit Sicherheit anzunehmen.

Als Ursache der Erkrankung muss hier die Lues herangezogen werden und zwar spricht das plötzliche Eintreten der Erscheinungen, der stationäre Charakter, das Fehlen von anderen für Tumor charakteristischen, Symptomen für Hirnerweichung durch luetische Gefässaffection.

Trotz des Mangels genauer Angaben, ob die Amnesie sich hier direct an den apoplectischen Anfall angeschlossen hat, ist Verfasser geneigt, dies anzunehmen, «weil die andere progressive Art der an Herdaffectionen erst nach einiger Zeit sich anschliessenden Amnesie nicht wie im vorliegenden Fall sich rückbildet.»

Beiden Fällen gemeinsam ist also, dass an die in dem einen Fall mit Sicherheit, in dem anderen mit Wahrscheinlichkeit durch Syphilis bedingte Herdaffection des Grosshirns plötzlich als unmittelbare Folgeerscheinung der Apoplexie eine allerschwerste generelle Gedächtnissschwäche sich anschliesst.

Mit dem von FOURNIER beobachteten Fall zusammengehalten, und dem von sonstigen Herdaffectionen bekannten entgegengestellt, kommt man auf die Vermuthung, ob die genannte Erscheinung, nicht für durch Syphilis bedingte Hirnherde specifisch ist? — Die Beantwortung dieser Frage muss weiteren Beobachtungen überlassen bleiben.

In der Nachschrift erwähnt Verfasser noch einen dritten ähnlichen Fall, den er jedoch nur kurze Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. *B. S.*

Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten von **Dr. A. Blaschko**

Dr. Ernst Herzfeld (Berlin, Asist. der Poliklinik.) **Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria.** — (Berlin klin. Wochenschr. Nr. 34, 1893.)

Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Epid. bullosa hereditaria und bespricht hieran anknüpfend mit Berücksichtigung der Literatur die Symptomatologie dieser interessanten Krankheit.

Der 25 Jahre alte Schlosser G. T. gibt an, dass sich auf geringe Insulte hin an seinen Händen und Füssen leicht Blasen bilden. Diese Erscheinung bestände bei ihm schon seit der Kindheit, hätte sich jedoch, seit er sein Handwerk betreibe, bedeutend gesteigert. Von 7 Geschwistern leiden noch 2 Brüder und eine Schwester an dieser Affektion. Stat.: Die Haut der Hände auf dem Handrücken dünn, atrophisch, dunkel blauroth, stark gerunzelt, auf der Volarseite stark gespannt, die Furchen verstrichen, so dass ein völliges Strecken der Finger nicht möglich ist. Auf beiden Händen unregelmässig zerstreut zahlreiche, flach prominirende hierse- bis bohnengrosse Blasen bald mit serösem, bald mit blutigem Inhalt, zum Theil geplatzt und mit verschorfter Decke. Die Fingernägel ver-

kümmert, in verschiedene Schichten zerblättert. Die Muskulatur der Mittelband atrophisch.

Die Haut an den Füssen zeigt dieselben Veränderungen, nur in geringerem Grade. Sensibilität normal. An den Händen enorme Hyperidrosis.

Der ältere Bruder, 28 Jahre alt, ebenfalls Schlosser, zeigt ein ganz ähnliches Verhalten. Dasselbe wird von dem jüngsten Bruder und einer Schwester berichtet.

Die ersten Beschreiber dieser Krankheit führen als Merkmale an: Erblichkeit, hervorgerufenwerden der Blasen durch traumatische Reize in Folge herabgesetzter Widerstandfähigkeit der Haut (durch chemische Agentien wie Tinct. Jodi, Säuren etc. liessen sich die Blasen niemals hervorrufen), Auftreten derselben in der Stachelzellenschicht der Epidermis.

Ein neuerer Autor (Dr. BLUMER) hält die vorgefundene Gefässerkrankung für die Ursache der Exsudation und Blasenbildung.

Verfasser polemisirt gegen diese Ansicht und kommt zu dem Schlusse, «dass der pathologische Befund an den Gefässen als sekundärer Reizzustand, bedingt durch die vielen Insulte zu deuten sei, das Wesen der Epid. b. h. dagegen in einer Keimesanomalie zu suchen sei, die erst im extrauterinen Leben zu Tage tritt in einer Leichtlöslichkeit der Stachelzellenschicht und damit einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit der Haut traumatischen Reizen gegenüber.»

Das Leben ist durch die Krankheit nicht gefährdet, doch ist spontane Heilung auch noch nicht beobachtet.

Therapeutisch wurde Chromsäure gegen die Hyperidrosis mit einigem Erfolg angewendet; Arsen innerlich, lokale Salbenapplikation waren niemals erfolglos. In den beschriebenen Fällen wäre ein Berufswechsel gewiss von Nutzen. *B. S.*

Aus der I. medizinischen Klinik des Geh.-Rath **Leyden** in Berlin

---

Dr. Goldscheider, Stabsarzt und Privatdocent, Assistent der Klinik: **Zur Lehre von den durch Streptococcen bedingten Erkrankungen.** (Centralblatt für klin. Medizin Nr. 33, 1893.)

Das zahlreiche Auftreten von Streptococcen bei sehr schweren Erkrankungen wie z. B. bei puerperaler Septicopyämie und bei der pyämischen Diphtherie, zu denen sie zweifellos in ätiologischer Beziehung stehen, andererseits ihr gelegentliches Vorkommen bei ganz unschuldigen Erkrankungen (wie z. B. Angina tonsillaris) und auch auf der normalen Mundschleimhaut lässt die Vermuthung aufkommen, dass diese Mikroorganismen im Körper gewisse Umstände, «disponirende» Momente vorfinden müssen, um durch ihre rasche Vermehrung die schweren Streptococcen-Erkrankungen zu erzeugen.

Es zeigt sich, dass das Vorhandensein nekrotisirter Gewebe im Körper, wie sie sich bei Diphtheritis und gangränöser Endometritis puerperalis vorfinden, für die Entwicklung von Streptococcenerkrankungen ein solches disponirendes Moment darstellt.

Verfasser versuchte (gemeinsam mit Dr. BRASCH u. A.) bei Kaninchen ähnliche Bedingungen, wie sie bei den erwähnten Erkrankungen vorliegen, experimentell herzustellen, indem er putride Kulturen ohne, bezw. mit Streptococcen subcutan injicirte.

Dabei zeigte sich, dass sich in einer Reihe von Fällen Eiterherde (Metastasen) an verschiedenen Stellen des Körpers mit Streptococcen in Reinkultur entwickelten, während die Faulnissbacillen intra vitam lokal begrenzt blieben.

Es wurde weiter beobachtet, dass das Zusammentreffen der Streptococcen mit den Fäulnissbacillen auf die ersteren eine die Virulenz steigernde Wirkung ausübt, indem abgeschwächte, ja sogar in manchen Fällen ganz ungiftige Kulturen ihre volle Virulenz wieder erlangten und tödtliche Erkrankungen erzeugen konnten.

Ebenso wird auch die lokal eitererregende Wirkung der Streptococcen an der Injektionsstelle durch die Fäulnissbacillen verstärkt resp. bei blanden, in Reinkultur keine Eiterung erzeugenden Streptococcen hervorgerufen.

Ein unmittelbares Zusammenwirken der beiden Arten von Mikroorganismen findet jedoch dabei nicht statt, indem Streptococcen in Fäulnisskulturen sogar meist zu Grunde gehen.

Es wird eben wahrscheinlich beim Zusammentreffen von putriden Kulturen und Streptococcen nur das Gewebe für die Ansiedelung der letzteren günstig beeinflusst und damit auch ihre weitere Vermehrung ermöglicht; die Fäulnissbacillen respektive die Fäulnissstoffe bilden hier die «disponirenden» Momente für die Erkrankung in Folge der Streptococcen. *B. S.*

Dr. W. von Noorden (München): **Zur acuten Entzündung der langen Bicepssehne und ihrer Scheide.** (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 35, 1893.)

v. NOORDEN beschreibt zwei Fälle dieser seltenen Erkrankung. Beide betrafen Männer in der Mitte der Dreissiger Jahre. Beidemal war anstrengende Arbeit (einmal Schneiderarbeit, das andere Mal angestrengtes Hämmern) die Ursache der Affection gewesen. Beidemale zeigte das Schultergelenk sich frei von jeder pathologischen Veränderung. Hingegen war in der Gegend des sulcus intertubercularis ausgesprochene Schmerzhaftigkeit und einmal auch eine deutliche Schwellung nachweisbar. Rotationsbewegungen und das Rückwärtsführen des Armes war schmerzhaft. Das entscheidende Symptom war in beiden Fällen das deutliche Crepitiren entlang der Bicepssehne. Als wesentlich für das Zustandekommen der Erkrankung betont Verfasser die Uebertragung der von einem breiten Muskel geleisteten Arbeit auf den sehr schmalen Querschnitt der Bicepssehne. Als Therapie wurden in beiden Fällen feuchte warme Umschläge und Massage mit Erfolg angewendet. *J. S.*

Zitzke: Beitrag zur Frage der Behandlung der Hüftgelenkstuberkulose. (Centralblatt für Chirurgie No. 36, 1893.)

Der Verfasser tritt auf Grund von 51 von H. SCHMID in Stettin in den Jahren 1887—91 operirten Fällen, deren Krankengeschichten er mittheilt, für die Hüftgelenksresection als bestes therapeutisches Verfahren bei der tuberkulösen Coxitis ein.

Die Resultate in diesen Fällen sind, kurz zusammengefasst, folgende:

46mal wurde wegen Hüftgelenkstuberkulose operirt. 11 Pat. starben = $21\frac{1}{2}\%$ Mortalität, darunter 4 im directen Anschluss an die Operation; 31 wurden geheilt entlassen (61%), 4 gebessert, 5 ungebessert. Von den 31 Geheilten hatten 17 eine sehr gute, 11 eine gute, 3 eine schlechte Gebrauchsfähigkeit des operirten Beines. Bei einer späteren Nachforschung des Verfassers fanden sich von den 40 Entlassenen 22 vollständig gesund, 4 hatten eine kleine oberflächliche Fistel. Von diesen 26 hatten 3 eine sehr gute, 11 eine gute, 6 eine mässig gute Gebrauchsfähigkeit des operirten Beines; in 6 Fällen konnte darüber nichts festgestellt werden. 7 waren gestorben, 1 an localem Recidiv, 5 an allgemeiner progredienter Tuberkulose, 1 an Diphtherie; 7 waren nicht aufzufinden.

Auf Grund seiner Statistik und der bei den einzelnen Fällen gemachten Erfahrungen kommt ZITZKE bei einem Vergleiche mit anderen Behandlungsmethoden, besonders den Jodoforminjectionen, zu dem Ergebniss, dass die Resection, wenn auch keine ideale, so doch die beste Behandlungsmethode der Hüftgelenktuberkulose sei. Er ist nicht für die Frühresection, hält die Operation aber für angezeigt, sebald die Coxitis deutlich ausgeprägt, besonders Krepitation bei der Untersuchung in Narkose vorhanden ist. Als wichtiges Princip bei der Resection bezeichnet er, alles Tuberkulöse so radikal als möglich, gerade so wie beim Carcinom alles Carcinomatöse, zu entfernen.

Erwähnenswerth ist das vom Verfasser geschilderte Verfahren der Nachbehandlung. Die Extension wird nur selten gebraucht, der Verband in Abductionsstellung mittels einer Schiene angelegt. Am 3. Tage durchschnittlich müssen die Patienten aufsitzen, am 14. aufstehen, baden, üben. Möglichst bald sollen sie ohne Stock zu gehen versuchen und mit dem ganzen Fuss auftreten; eine erhöhte Sohle wird absichtlich nicht gegeben, damit das Becken auf der operirten Seite tiefer bleibt. Um der Flexionsstellung des Beines vorzubeugen. wird das Becken in der Nacht hochgelagert. Schliesslich wird systematisch Treppensteigen, Knieu, Sitzen etc. geübt.

Wicherkiewicz: Beitrag zu den Entdeckungsmethoden einseitig simulirter Amblyopie und Amaurose. (Klin. Monbltr f. Augenheilk. 1893. — Allgemeine Medizinische Central-Zeitung Nr. 70 1893.)

Simulirt jemand eine starke Amblyopie z. B. des rechten Auges, während für das linke eine nahezu normale Sehschärfe zugegeben wird, so setze man, nachdem zunächst beide Augen, jedes für sich besonders geprüft worden sind, ohne dass es der Kranke merkt, eine Brille vor, die für das rechte Auge ein Convexglas, für das linke dagegen, je nach dem Grade seiner Refractionsanomalie, + 10 Dioptr., oder ein noch stärkeres Glas enthält, durch welches ein deutliches Sehen nicht mehr möglich ist, und lasse den Kranken in einer Entfernung von fünf bis sechs Metern nach den Probebuchstaben hinblicken. In den meisten Fällen gelingt es, den Untersuchten dazu zu bringen, dass er nun eine ganze Reihe von Buchstaben richtig bezeichnet. Geht man dabei sehr schnell vor und lässt dem Untersuchten keine Zeit zum Nachdenken, so wird man auf jeden Fall aus der Incongruenz der vor dem Versuche gemachten Angaben in Betreff der Sehschärfe des rechten Auges mit dem jetzt erreichten Resultate wenigstens qualitativ die Simulation nachzuweisen in der Lage sein, nicht ganz selten gelingt auch die quantitative Feststellung derselben. Doch muss zu diesem Zwecke vorher ganz genau objectiv die Refraction des in Frage kommenden Auges bestimmt und durch ein entsprechendes Glas corrigirt werden.

Um die Simulation vollständiger Amaurose eines Auges nachzuweisen, empfiehlt WICHERKIEWICZ folgendes Verfahren. Der zu Prüfende wird in der gewöhnlichen Weise zu einer Augenspiegeluntersuchung hingesetzt, dann angewiesen, beide Augen zu schliessen und aufgefordert jedes Aufblitzen vor dem gesunden Auge anzugeben. Damit sich der Untersuchte nicht durch ein leichtes Auflassen der Lidspalte über die Art der Untersuchung orientire, drückt der Untersucher die Lider beider Augen mit je einem Finger der linken Hand leicht zu, während er mit der rechten Hand vermittels eines Augenspiegels schnell abwechselnd das rechte und linke Auge beleuchtet. Der untersuchte Simulant wird meistens das Aufleuchten vor dem angeblich amaurotischen Auge verrathen. Namentlich wenn man zuerst mehrmals hintereinander schnell das gesunde Auge beleuchtet und den Kranken auf schnelles Antworten eingeübt hat, alsdann aber erst mitunter auch das andere Auge beleuchtet.

E. Vidal: Ueber einen Ausschlag von verhornten Krusten im Verlauf eines Trippers. (Ann. de derm. et de syph. 1893, S. 3.) — Oest.-ungar. Centralbl. f. d. med. Wissensch.

Ein gesunder Mensch von 24 Jahren erkrankte im Februar 1890 an Tripper, nachdem ein früherer Tripper und einige weiche Schanker sehr glatt geheilt waren. Diesmal gesellte sich aber ausser einer Conjunctivitis simplex eine Polyarthritis dazu, die sehr viele Gelenke befiel — Beginn im rechten Knie — und erst im Juli wieder ausheilte. Ausserdem erscheinen aber im April, ebenfalls auf dem rechten Knie zuerst, hornige Krusten, die sich bald über den ganzen Körper ausbreiteten, an den Händen und Füssen am dichtesten sassen und zum Verlust sämmtlicher Nägel führten. Irgend eine Vesikel- oder Blasenbildung gieng diesen Krusten nicht vorauf. Sie erreichten eine Grösse von über 1 Centimeter im Durchmesser und sassen fest auf der Haut. Die bakteriologische Untersuchung war ergebnisslos. Heilung des Ausschlages erfolgte erst im Jänner 1891. Im November 1892 zog sich Patient einen neuen Tripper zu, an den sich das eben geschilderte Krankheitsbild: Conjunctivitis, Polyarthritis, Ausschlag, von neuem wieder anschloss. VIDAL betrachtet auch diesen Ausschlag als eine Folge der gonorrhoischen Infektion des Körpers.

R. Sievers: Ueber Incision und Drainage bei Pyopericardium. (Zeitschrift für klinische Medizin. 1893.)

SIEVERS tritt sehr für die Operation ein gegen BILLROTH und von den Neueren FRÄNTZEL. Die Operation führt in nicht complicirten Fällen zu vollständiger Genesung, bei complicirten pyämischen Fällen ist sie im Stande, das Leben zu verlängern. Ueber die Operationsmethode ist Folgendes zu sagen: Einfache (und zwar schichtweise) Incision eines Rippeninterstitiums bis auf das gespannte Pericard; der Eröffnung des Herzbeutels ist eine Probepunction vorauszuschicken, hierauf wird derselbe incidirt (einige Centimeter lange Oeffnung) und zwei kurze Drains eingeführt. Rippenresection ist überflüssig.

Eine Ausspülung der Pericardialhöhle unterlässt man.

Die beste Stelle ist das IV. Interstitium links, einige Centimeter vom Sternalrande. Nach innen arteria mammaria, nach aussen Pleura zu vermeiden. *R. K.*

Bihler: Ein eigenthümlicher Fall von Morbus Addisonii. (Ing.-Dissert. Tübingen 1892. — Monatshefte für Praktische Dermatologie Nr. 5, Band XVII. 1893.)

Ueber die Beziehungen zwischen Nebennieren und Morbus ADDISONII herrscht noch grosse Manigfaltigkeit der Ansichten. AVERBECK betrachtet den Morbus ADDISONII als eine Infektionskrankheit, die zu Anämie und Nebennierenentzündung führt, JÜRGENS findet regelmässig Veränderungen im Sympathicus, und RIESEL schloss daraus auf eine Läsion des sympathischen Nervensystems ex contiguitete von den Nebennieren aus. Andere Fälle sind ätiologisch vollkommen dunkel, so der vom Verfasser beobachtete. Der Patient hatte einen Icterus catarrhalis durchgemacht und seitdem gekränkelt; er war stark abgemagert; irgend eine specielle Organerkrankung liess sich nicht nachweisen. Nach und nach wurde die braungraue Verfärbung der Haut immer deutlicher, und Patient starb an fortschreitender Macies. Die Sektion ergab eine geringe Entwickelung der Stirnlappen des Grosshirns, im übrigen weder makroskopisch, noch mikroskopisch in Nebennieren, Ganglion semilunare oder N. splanchnici etwas Abnormes. Die Haut der Inguinalgegend zeigte Pigmentation der untersten Reteschichten und Pigmentzellen im Papillarkörper und obersten Coriumschichten. (Nach ZANDER hat das Stirnhirn Einfluss auf die Entwickelung der Nebennieren, nach ALEXANDER bestimmen die Nebennieren als Lecithin bereitende Organe die Entwickelung des Grosshirns.)

W. v. Bechterew: Die Bedeutung der Suspensionen bei einigen Rückenmarksaffectionen. (Neurologisches Centralblatt, Nr. 18, 1893.)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen, die er mit dem SPRIMON'schen Suspensionsapparat seit dem Jahre 1890 gemacht hat.

Bei Tabes dorsalis, bei Compressio medullae spinalis und Compressionsmyelitis, bei veralteten Formen von Lues medullae spinalis und in einigen Fällen von Querschnittsmyelitis erzielte Verfasser, entsprechend den Angaben der Autoren, sehr günstige Resultate. In Fällen von Compressio medullae spinalis und Compressionsmyelitis wies die Suspension schon nach einigen Seancen einen auffallend günstigen Effect auf, so dass der Zustand der Kranken vollständig verändert wurde. Sehr günstige Resultate lieferte die Suspension auch in veralteten Fällen von Lues medullae spinalis, welche durch specifische Mittel nicht, oder nur theilweise beeinflusst werden konnten, und ebenso in einigen Fällen von Querschnittsmyelitis.

Die günstige Wirkung der Suspension in diesen Fällen äusserte sich durch eine Verbesserung des Ganges und Kraftzunahme in den unteren Extremitäten, durch Beseitigung von Parästhesien und mehr oder weniger bedeutende Verbesserung oder sogar gänzliche Beseitigung der Functionsstörungen der Harnblase und des Rectum, durch Schwächung oder vollkommene Beseitigung der localen Schmerzen und Hyperästhesien und ebenso der krampfhaften Bewegungen und endlich durch eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung der Reflexerregbarkeit von den unteren Extremitäten aus. In manchen Fällen hielten die Resultate viele Monate hindurch ohne Neigung zum Rückfall an.

Noch bessere Resultate liefert die Suspension, falls gleichzeitig locale «Derivantien» angewendet werden. In dieser Hinsicht leistet der PAQUELIN'sche Apparat und Blasenpflaster sehr gute Dienste.

Auf Grund seiner Beobachtungen kann Verfasser ferner bestätigen den günstigen Einfluss der Suspensionen auf die durch Rückenmarksaffection bedingte Schwächung des Sehvermögens, sogar

in dem Falle, in welchem die Schwächung von einem gewissen Grad von Atrophie des Sehnerven abhängig ist.

Es gibt aber auch Rückenmarksaffectionen, bei denen die Anwendung der Suspensionen geradezu schädlich wirkt. Es sind das solche Fälle, wo der organische Krankheitsprocess sich unter Anderem durch starke Hyperästhesie der Rückengegend und durch Rückenschmerzen, welche sich bei der geringsten Bewegung der Wirbelsäule verstärken, äussert. Hier rufen die Suspensionen nur eine Verstärkung der Schmerzen hervor.

Was die verschiedenen Methoden der Suspension anbetrifft, so verwirft Verfasser die alte Methode, nachdem SPRIMON einen Apparat construirt hat, der als der vollkommenste der Gegenwart anzusehen war.

Die Beschreibung dieses Apparates befindet sich im Artikel des Verfassers: «Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarkes.» (Neurolog. Centralblatt Nr. 7, 1893.) *Rdt.*

Lorenzi: Läsionen des Nervensystems und rundes Magengeschwür. (Rassegna d. Scienze Mediche. 1893. Nr. 8.)

Es ist nicht lange her, dass MATHIEU behauptet hat, dass Läsionen des Nervensystems auf den Magen indirect einwirken können (Dictionaire encyclopédique des sciences medicales). Diese Behauptung schien bisher in den klinischen Beobachtungen keine rechte Bestätigung finden zu wollen, während sie doch in den Ergebnissen der pathologischen Anatomie und insbesondere der experimentellen Pathologie eine Stütze findet.

Diesbezüglich erinnert LORENZI an die klassischen Versuche SCHIFF's, EBSTEIN's, ALBERTONI's, sowie an die bekannten Beobachtungen CHARCOT's, ANDRAL's, VULPIAN's und Anderer. Nach SCHIFF sollten die Alterationen des Magens und des Darmes als Folgen einer Störung der Vasomotoren betrachtet werden; nach EBSTEIN hingegen sollen sie fast ausschliesslich von Modificationen des allgemeinen Blutdruckes herrühren; nach ALBERTONI sind beide Factoren für das Zustandekommen einer Magen-Darmläsion nothwendig, letzterem Factor soll jedoch eine grössere Rolle zukommen.

Ueber diesen Gegenstand nun hat LORENZI in der Propädeutischen Klinik des Prof. VANNI eine ganze Reihe von Untersuchungen durchgeführt, wobei er bestrebt war, die experimentell hervorgerufenen Läsionen nach Möglichkeit einzuschränken, um bestimmtere Resultate zu erlangen, die eine leichtere und entscheidendere Deutung zulassen würden.

Bei seinen Untersuchungen hat der Verfasser feststellen können dass in Folge experimenteller Läsionen des Vagus Alterationen hervorgerufen werden, die für gewöhnlich in submucösen hämorrhagischen Herden, manchmal in Substanzverlusten bestehen; und diese Wirkungen folgen fast ausschliesslich, die Ulceration aber immer auf eine Läsion der rami subphrenici des Nerven. Erstere Art der Wirkung kann auch auf einfache irritative Läsionen der halbmondförmigen Ganglien folgen, und die Ursache dieser verschiedenen Alterationen muss in einer vasomotorischen Störung der örtlichen Circulation gesucht werden, deren späte Folgen zu der Bildung eines Magengeschwürs Anlass geben können.

Der Verfasser schliesst seine Auseinandersetzungen mit der Bemerkung, dass keine feststehende experimentelle Thatsache zu der Annahme berechtigt, dass der Pneumogastricus einen wahren atrophischen Einfluss auf den Magen, wie dies einige Autoren vorausgesetzt haben, ausübe. *A. D.*

Crispo: Die Behandlung des Epithelioms mittelst Resorcin. (Rivista clinica e terapeutica. Jahrg. XV. Nr. 1.)

Auf Grund zahlreicher Beobachtungen gelangt der Verfasser zu folgender Schlussfolgerung: Bei der Behandlung des Epithelioma planum ist allen anderen Arzneimitteln das Resorcin vorzuziehen, weil dasselbe weder die irritirende Wirkung der schwachen Aetzmittel noch die zerstörende Wirkung der stärkeren Mittel besitzt. Das Resorcin wirkt auf die tieferen Gewebe modificirend ein. Die Behandlung mit dieser Substanz fordert auch keine Autoplastik, die immer mit Schwierigkeiten und Unzukömmlichkeiten verbunden ist. Die Behandlung mit Resorcin lässt eine flache weisse Narbe zurück, und dies sei für die Praxis von grossem Vortheil. *D. A.*

Verneuil (Paris) und **Roux** (Lausanne): **Krebs und Schweinefleisch.**

In einer soeben veröffentlichten Zuschrift in der «Gazzette hebd. de Med. et Chirurgie» neigen die Autoren zu der Ansicht, dass das Schweinefleisch zur Entwicklung des Carcinoms Anlass geben könne. VERNEUIL hatte schon in einer früheren Publikation die Ansicht ausgesprochen, dass das Carcinom animalen Ursprungs sein könnte. Bei einem näheren Studium des Problems sieht VERNEUIL in der weiter unten angeführten Thatsache einen Grund, um, wenn gerade nicht das Schweinefleisch als unmittelbarer Erreger des Krebses zu betrachten, so doch wenigstens die nach dieser Richtung hin unternommenen Untersuchungen zu rechtfertigen. Er erinnert daran, dass die Juden, die die Mosaischen Gesetze streng beobachten, sich seit jeher refractär gegen das Carcinom gezeigt haben. Und ROUX bekräftigt durch seine Erfahrungen die Anschauungen VERNEUIL's.

A priori ist es nicht unlogisch, den Ursprung des Carcinoms auf den Genuss von Schweinefleisch zurückzuführen. Hiefür sprechen zwei absolut erwiesene Thatsachen: die animale Provenienz einiger Krankheiten und der schädliche Einfluss, den manche der gebräuchlichsten und dem Thierreiche entstammenden Nahrungsmittel auf den menschlichen Organismus ausüben (Urticaria in Folge von Genuss von Krebsen und anderen Crustaceen). Ueberdies sei darauf hingewiesen, dass schon unsere Altvorderen behaupteten, das Schweinefleisch verursache die Lepra, dass man ferner gezwungen ist Salami, Schinken etc. aus dem Nahrungsregime von Personen auszuschliessen, die an chronischen Hautaffektionen leiden, indem die Wirkung dieser Nahrungsmittel auf das Hautsystem schädlich ist.

Jedenfalls verdient die Frage der Entstehung des Carcinoms durch Schweinefleischgenuss ernstlich berücksichtigt und weiter beleuchtet zu werden. *A. D.*

Dr. Fiessinger: Neue Untersuchungen über die Aetiologie des Carcinoms. (Revue de médecine. 10. August 1893, XIII., 8.)

Der Autor hat bereits in einer früheren Arbeit über die ganz eigenartige Topographie des Carcinoms berichtet. Relativ selten in den grossen Städten, tritt die bösartige Neubildung auffallend häufig in vereinzelten Gehöften, in kleineren Ortschaften, welche an einem Flusse oder am Saume eines Waldes liegen, auf.

In Holland wurden die Untersuchungen controllirt und für richtig befunden. Freilich könnte man da einwenden, dass in einem so reichlich bewässerten Lande die meisten Ansiedlungen sich nothgedrungen am Ufer von Wasserläufen befinden, aber es sind auch französische Autoren zu den gleichen Resultaten gekommen, wie der Verfasser. St. Claud (Jura) z. B. zählt 10.000 Einwohner. Die Stadt ist in 2 Theile getheilt, in einen tiefer liegenden, von der Bienne durchflossenen, und einem höher am Berge liegenden; von 42 in 6 Jahren beobachteten Carcinomfällen kamen 4·4 % in den tiefergelegenen, 2·5 % in den höher liegenden Theilen der Stadt vor, also ein ziemlich auffallender Unterschied. Von 91 Kranken, die der Autor selbst sah, betrafen 21 solche Individuen, welche in isolirten Häusern ausserhalb der Ortschaften wohnen, unter anderen fand er 10 Fälle in 20 Häusern. Das gibt, meint der Verfasser, denen zu denken, die da aufs Land gehen, um frische Luft zu schöpfen und Erholung zu suchen. Sie verlassen die Stadt, um der Tuberkulose zu entfliehen, und in der Einsamkeit, die sie aufsuchen, harrt ihrer die Gefahr, Opfer eines Carcinoms zu werden. Im Ganzen hat der Verfasser 350 Beobachtungen gesammelt, welche sämmtlich mit seinen Erfahrungen übereinstimmen, so dass er zu dem Schlusse kommt, es müsse etwas sein, das sich hauptsächlich um die mehr vereinzelt stehenden Häuser, an den Ufern der Flüsse, und am Rande der Wälder aufhält, und das Carcinom erzeugt.

Welchen Weg nimmt nun dieser «Feind», um uns zu erreichen, und welches ist seine Natur? Zur Beantwortung dieser

Frage knüpft Verfasser an die Entstehung der Gallen im Pflanzenreiche an, und meint, es sei nicht unmöglich, dass durch irgend ein Insect ein chemisches Agens dem Menschen überbracht werde und dort eine krankhafte Wucherung der Epithelzellen zur Folge habe; das Auftreten von Carcinom an der Luft nicht exponirten Stellen (Mastdarm, Geschlechtsorgane) erklärt sich Verfasser durch Verschleppen des krankmachenden Stoffes z. B. in Folge von Manipulationen mit den Händen. *A. P.*

Harriet Alexander (Chicago): **Körperliche Anomalien an Prostituirten.** (Medical Standard. XIV. 12. August 1893.)

Der Autor hat seine Untersuchungen im Anschlusse an die Arbeit von Dr. Pauline TORNOVSKY angestellt. Die letztere stellt die Prostituirten Verbrecherinnen gleich und bezeichnet sie als «degenerirte Geschöpfe» mit hereditärer Belastung und mit nachweisbaren körperlichen und psychischen «Stigmen», die sich einerseits als Diformitäten des Schädels ($44^1/_2$ %), des Gesichtes ($42^2/_3$ %), Anomalien der Ohren (42%) und der Zähne (54%), andererseits in einem mehr weniger prononcirten Schwachsinn, neuropathischer Constitution und in einem bemerkenswerthen Fehlen des sittlichen Gefühles (moral sense) äussern. Diese Resultate wurden an 150 russischen Mädchen gewonnen, während der Autor für sein Studium 30 Prostituirte in Chicago den verschiedensten Völkerstämmen angehörend, benützt hat. Fast alle waren mit Anomalien des Schädels behaftet (17 Brachycephale, 18 mit enorm entwickelter Occipital-Protuberanz) 29 (!) boten Abnormitäten der Ohren, von welchen der Autor drei gleichmässig vertretene Typen durch Abbildungen veranschaulicht. Uebermässige Entwicklung des proc. zygomaticus, Prognathie, Epignathie, mangelhafte Entwicklung der Gesichtsknochen, Deformitäten der Nase waren häufig zu constatiren. Verfasser fordert Aerzte, die über grösseres Material verfügen, auf, dieses interessante Thema weiter zu verfolgen. *A. P.*

Hansell: Frühzeitige Diagnose der Tabes dorsalis durch Symptome von Seiten der Augen. (The universal medical journal, Philadelphia, Juli 1893.)

HANSELL aus Philadelphia discutirt die Möglichkeit «Ataxie locomotrice» in einem sehr frühen Stadium aus krankhaften Symptomen von Seiten der Augen zu diagnosticiren. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Eine vorübergehende Lähmung des oberen Lides oder die Lähmung eines der äusseren Augenmuskel sind oft die allerfrühesten Erscheinungen. Das ARGIL-ROBERTSON'sche Verhalten der Pupillen, ein- oder beiderseitig kann den übrigen Erscheinungen der Rückenmarkschwindsucht lange vorausgehen. Einfache, nicht entzündliche Atrophie des Sehnerven ist oft das erste manifeste Symptom der Krankheit. Finden wir die erwähnten Erscheinungen combinirt bei Individuen, welche das mittlere Alter überschritten haben, bei welchen ausserdem eine nervöse hereditäre Belastung nachzuweisen ist, so lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Frühstadium der Tabes diagnosticiren. *A. P.*

Dr. Monin. (Paris): **Die Purgirmethode in der Kinderheilkunde.** (Publication der Société d'Editions scientifiques).

In schweren Stunden sind oft die einfachsten Medicationen bei Kindern von grossem Nutzen und höchster Bedeutung. Viele Pyrexien, viele Phlegmasien mit Tendenz zu Eiterungen und Entzündungen im Kindesalter sind durch die Verabreichung eines einfachen Abführmittels zum Verschwinden gebracht worden. Die encephalische Thätigkeit, die bei den jungen Organismen vorherrschend ist, veranlasst von Seiten der Nervencentren, häufige Erregungen, deren Abstufungen von dem einfachsten Krampf bis zu einer Meningitis gehen.

Die anticongestive und ableitende Wirkung des Calomels und der salinischen Abführmittel wird oft diesfalls von den Kinderärzten verwerthet.

Man ist heutzutage einig darüber, unter den neutralen Salzen dem Hunyadi János-Wasser, dieser natürlichen Salzlösung, die im Erdinnern sich bildet und genährt wird, den ersten Platz einzuräumen. Diesen Vorzug verdient dieses ausgezeichnete Mineralwasser wegen seiner unübertroffenen Wirkung auf den Verdauungstractus: in der That führt oft dessen bemerkenswerthe Affinität zum Magen und zum Darm in Fällen von katarrhalischer Gastritis und Enterocolitis (die häufig nichts anderes als Indigestionen und vernachlässigte Diarrhoen sind) wahre therapeutische Wunder herbei.

In demselben Momente als die functionellen Störungen seitens des Verdauungsapparates sich zeigen, ist auch der Anlass zum Erwachen von nervösen Symptomen, wie: Schlaflosigkeit, Unruhe, Convulsionen, etc. gegeben. Wir rathen für gewöhnlich die folgende Behandlung gegen die infectiösen Diarrhoen und gegen den durch Distension der Darmwandungen bedingten Meteorismus: ein Esslöffel voll Hunyadi János, mit etwas Milch gemengt, drei Mal des Tages, für Kinder bis zu einem Jahre. Ich habe die Ueberzeugung, dass es mir durch diese einfache Behandlung zuweilen gelungen ist, den Verdauungsstörungen und der hartnäckigen Diarrhoe, die der Athrepsie vorausgehen und die infectiösen Hepatitiden des ersten Lebensalters vorbereiten, wirksam entgegenzutreten. Wenn man übrigens die durch das Mineralwasser hervorgerufenen Darmentleerungen untersucht, so wird man darin neben den gewöhnlichen Bacterien auch den specifischen Bacillus der grünen Diarrhoe vorfinden.

Die Darmkoliken und der Tympanismus verschwinden. Das Kind wird allmählig wieder ruhig und es erlangt sein normales Aussehen wieder. Auch die Stühle werden gleichmässiger und es fehlt in denselben jede abnorme Gährung.

Das Hunydi János beschränkt sich nicht darauf, wie dies bei jedem andern salinischen Abführmittel der Fall ist, die Diarhoe zu unterdrücken, sondern es besitzt auch eine innige d e t e r s i v e und a n t i s e p t i s c h e Wirkung auf alle Digestions- und Assimilationsorgane. Es wirkt insbesondere auf die Leber ein, die der secretorischen Reinigung und gewissermassen der inneren Asepsie vorsteht, denn es stellt in Wirklichkeit die physiologische Thätigkeit des Gallenorgans und die celluläre Thätigkeit der Leber in ihren zartesten Elementen wieder her.

Deshalb verschwindet der pyretische Zustand sowie die nervösen Complicationen, die so häufig den Säugling heimsuchen, so dass man behaupten kann, dass die Wiege für eine grosse Zahl von Kindern nichts Anderes ist als ein Lichtmoment zwichen der Nacht und dem Tode. Vergessen wir nicht, dass nach dem Ausdrucke STAHL's, der Magen das Trojanische Ross darstellt, aus welchem der grösste Theil der infantilen Dyspepsien hervorgeht: die Chloroanämie, die Rhachitis, die Scrophulose entstehen zumeist in der Wiege, und schöpfen ihren Ursprung einzig und allein in den Verdauungsstörungen. Erinnern wir uns auch daran, dass wir im Hunyadi János ein Mineralwasser besitzen, welches, da es die reinste Verbindung von Sulfaten und Natrium-Magnesiumsalzen mit Chlornatrium darstellt, die vorzügliche Eigenschaft hat, die inneren Secretionen zu ordnen und die Verdauung im chemischen Sinne wieder herzustellen. Ueberdies kommt diesem Mineralwasser, selbst in abführender Dosis, die Rolle zu, als Temperans für die Blutbildung, als blutreinigendes Mittel, als Sedativum, Antipyreticum und Antiphlogisticum zu wirken.

Diese heilende Thätigkeit des ungarischen Wassers bekundet sich vor Allem bei den Kindern, und zwar wegen der leichten Reaction, die dieses zarte Alter charakterisirt und vielleicht auch in Folge der Vorherrschaft des ganglionären und lymphatischen Systems, die der interstitiellen Absorption so viele anatomische Garantien darbietet. Ohne die Empfindlichkeit der Epithelien, die im ersten Lebensalter so leicht verletzbar sind, zu überreizen, ohne jene Erschöpfung zu veranlassen, die andere Abführmittel so leicht verursachen, übt das Hunyadi János einen ableitenden und antiphlogistischen Einfluss allerersten Ranges aus.

Darum werden wir auch dessen Anwenduug nicht nur auf die Behandlung der Darmaffectionen beschränken, sondern wir werden zu demselben allemal greifen, wo die interne Revulsion indicirt erscheint: bei Entzündungen und hartnäckigen Dermatosen, bei schleppenden Convalescenzen, bei Neigungen zur Dyspepsie und Magenerweiterung, bei Ueberreizungen des Gehirns, etc. etc. Dr. GUICHARD betrachtet auch diese Behandlungsmethode als die beste gegen recidivirende Pharyngitiden bei Kindern; Dr. BERNARD

empfiehlt sie gegen schwere und hartnäckige Augen- und Ohrentzündungen. Andere Specialisten bedienen sich derselben zur Bekämpfung der Zufälle, die mit der Zahnung zusammenhängen. Bei allen diesen pathologischen Manifestationen wirkt Hunyadi János als sicherstes Depletivum, als bestes Eutrophicum und als verlässlichstes Hematopojeticum.

Prof. JULES SIMON empfiehlt in seinen berühmt gewordenen «Vorträge über Kinderkrankheiten» (Bd. II, S. 218) das Hunyadi János-Mineralwasser als Laxans in der Kinderpraxis, und er zieht dasselbe allen abführenden Getränken vor, deren Gase, wie er mit aller Bestimmtheit behauptet, den Magen und die Därme so stark ausdehnen, dass dadurch wahre Koliken veranlasst werden!

Mir schien es dringend geboten, den Praktiker auf alle diese Thatsachen aufmerksam zu machen. *A D.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Zwei Congresse der galizischen Bezirks-Aerzte

in Krakau (1891) und in Lemberg (1892).

Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Am letzten (VI.) Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher in Krakau (1891) tauchte eine glückliche Idee auf, «es sollen auch Bezirksärzte Galiziens Jahr auf Jahr zusammenkommen, um nicht nur über sanitäre Verhältnisse ihres grossen Kronlandes, sondern auch über ihre Standesangelegenheiten zu discutiren.

Die erste Versammlung wurde alsogleich in Krakau (1891) abgehalten, und es wurden 3 Beschlüsse abgefasst und einstimmig angenommen:

1. dass Congresse der galizischen Bezirksärzte alljährlich stattfinden sollen;
2. dass behufs der Gewinnung einer verlässlichen Kuhpockenlymphe eine Staats- oder eine Landesanstalt creirt und unterdessen eine ämtliche Controlle sehr gewissenhaft ausgeübt werde;
3. dass für Bezirksärzte wissenschaftliche Curse errichtet werden sollen, welche dieselben mit den neuesten Fortschritten auf dem Gebiete der Bacteriologie, Hygiene und Sanitäts-Polizei betraut machen könnten.

Der zweite Congress hat am 30. April 1892 stattgefunden, und an demselben haben nicht nur Bezirksärzte Galiziens in voller Anzahl theilgenommen, sondern es versammelten sich auch die Mitglieder des Landes-Sanitätsrathes, viele Aerzte aus Lemberg und der Umgegend — und auch der Statthalter Galiziens Se. Excell. Graf BADENI beehrte diese Sitzung und nahm lebhaften Antheil an der regen Discussion über sanitäre Verhältnisse Galiziens.

Sanitätsrath Dr. CASSINA hielt einen ausführlichen Vortrag über die Kuhpockenlymphe, welche seitens der 4 Anstalten in Galizien producirt wird und endigte mit der Resolution, es solle ehestens der Impfzwang eingeführt werden, nebenbei soll eine Staatsanstalt behufs Erzeugung einer vortrefflichen und verlässlichen Kuhpockenlymphe errichtet werden, und was die Remuneration der Aerzte für die Nothimpfung anbelangt, so soll dieselbe entsprechend vergrössert werden, da eine gewissenhafte Durchführung der Nothimpfung besondern in der kalten Winterszeit mit grossen Schwierigkeiten und mit grossem Zeitverlust verbunden ist.

Statthaltereirath und Sanitätsreferent Galiziens, Dr. MERUNOWICZ, plaidirte für eine möglichst schnelle Organisation der Gemeindeärzte und der Gemeindehebammen, so wie auch für die Vermehrung der Spitäler und möglichst billiger Krankenasylen in Galizien und stellte zum Beispiel Königreich Bayern vor, welches wiewohl etwas kleiner als Galizien, dennoch 6 Mal so vie Spitäler besitzt als dieses Kronland in Oesterreich.

Dr. LACHOWICZ (Lemberg) referirte über die Trachomausweise, Dr. OBTULOWICZ (Lemberg) über den Standpunkt und die Vorrechte der Bezirksärzte bei Assentcommissionen, Dr. BARZYCKI (Rzeszów), über die Verwendung der Bezirksärzte als Sachverständige bei Gerichten, so wie auch über die Angelegenheit, dass Bezirksärzte berechtigt sein sollten auch bei kleinen Entfernungen (unter 3·8 *km*) Postrittgeld und Diäten zu verrechnen.

Dr. SOBOLEWSKI (Zaleszczyki) hat das Referat «über die gar nicht beneidenswerthe Lage der Bezirksärzte, über ihre dem Stande und der Ausbildung gar nicht entsprechenden Rangs- und Diätenclassen» übernommen und hat noch einmal den wahren Sachverhalt nachgewiesen, «dass Bezirksärzte, welche unter allen Beamten die kostspieligsten und am meisten lange dauernden Studien und Staatsprüfungen zu bestehen haben und desswegen auch für gewöhnlich erst im späteren Lebensalter (in den Dreissiger Jahren und noch später) ihren amtlichen Posten erlangen — dennoch bisnun sogar nicht in die VIII. Rangsclasse avanciren können, trotzdem andere, sogar Manipulations- oder Rechnungs-Beamte, von denen gar keine böheren Studien gefordert werden, in grosser Anzahl nicht nur die VIII., sondern auch die VII. und sogar die VI. Rangsclasse erreichen.

Dr. CASSINA fügte noch mit vollem Rechte die Bemerkung hinzu, dass nicht nur die Rangs- und Diätclassen der Bezirksärzte — entsprechend der Gerechtigkeit und der wichtigen verantwortungsvollen, wissenschaftlichen und mühevollen Stellung der Bezirksärzte — verbessert werden sollen, — sondern dass auch die Bezirksärzte nach vollendeten 30 Dienstjahren in den Genuss einer vollen Pension (Emeritur) treten sollen (ähnlich wie die Gymnasiallehrer), da dieselben erst in einem späteren Lebensalter, als alle andere Beamten, den Posten bekleiden können, und dass ihr Gesundheitszustand in Folge von Reisestrapazzen und für gewöhnlich in Folge ernster und ansteckender Erkrankungen bei Epidemien ungemein gefährdet wird.

Beide Resolutionen wurden einstimmig angenommen und es wurde eine Commission gewählt (Dr. BARZYCKI, Dr. CASSINA, Dr. OBTULOWICZ, Dr. SOBOLEWSKI), welche nicht nur die Aufgabe hat das Programm festzustellen, auf welche Weise den gerechten Forderungen der Bezirksärzte Genugthuung verschafft werden soll, — sondern auch in einen innigen Contact mit allen Bezirksärzten und deren Vereinen treten muss, um diese wichtige Frage doch einmal vorwärts zu schieben.

Trotzdem über 4 Stunden lebhaft discutirt wurde, konnte der Bezirksärzte-Congress auch nicht die Hälfte der angezeigten Referate erschöpfen, und es mussten alle anderen Fragen dem nächsten Congress übermittelt werden.

Wegen Choleragefahr konnte diese schon auf den 30. April l. J. festgesetzte Versammlung nicht zu Stande kommen, — wird jedoch wahrscheinlich im November 1893 abgehalten.

Es wäre demnach höchst wünschenswerth, damit Bezirksärzte auch aus anderen Kronländern Oesterreichs im Bereich ihrer Standesangelegenheiten in einen innigen Contact mit ihren galizischen Collegen treten könnten, — und besonders, was die Verbesserung der Lage der Bezirksärzte anbelangt — Hand in Hand arbeiten und ihren Einfluss auf die massgebenden Kreise ausüben möchten, um die berechtigten Forderungen doch einmal realisiren zu können. *Dr. Obtulowicz* (Lemberg).

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Professor der pathologischen Anatomie und Bacteriologie, Dr. Richard Paltauf, wurde mit der Leitung des Institutes für pathologische Histologie und Bacteriologie, sowie mit der Prosectur in der Krankenanstalt «Rudolfstiftung» auf der Landstrasse betraut. — Der Unterrichtsminister hat die Zulassung des Dr. Albert Hammerschlag als Privatdocenten für interne Medizin an der Wiener Universität bestätigt.

— Charkow. Staatsrath Dr. Bigomolow wurde zum ausserordentlichen Professor der medizinischen Chemie ernannt. — Die Lehrkanzel für Pharmakologie erhielt Dr. R. Rodsajewski. — Der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie, Dr. A. M. Schillow wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— Neapel. Das 22jährige Fräulein Sophie Bakunin, die Tochter des bekannten russischen Revolutionärs, wurde zum Doctor der Medizin und Chirurgie promovirt.

* Hamburg. Am 15. September wurde das neue Krankenhaus und Schwesternheim «Bethanien» feierlichst eröffnet. Das

Spital steht unter der Leitung eines Hausarztes und wird von 30 Schwestern bedient.

* Baden-Baden. Hier findet am 7. und 8. October der dritte Schwarzwaldbädertag statt.

* Düsseldorf. Hier wird der Deutsche Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke am 12. und 13. October tagen. — Geschäftsführer des Vereines ist Dr. W. Bode in Hildesheim.

* Paris. Die anthropologische Gesellschaft erhielt ein Legat von Dr. Louis Jules Fauvelle, dessen dreijährige Zinsen von 2000 Francs als Preis für eine Monographie zuerkannt werden sollen, die sich mit der Structur des Nervensystems, respective mit dem Influx nerveux beschäftigt.

* Paris. Die Academie der Wissenschaften erhielt von Dr. Alberto Leir ein Legat von 50.000 Francs. Die Zinsen dieser Summe werden dem Pasteur'schen Institute zur Unterstützung der Arbeiten über den Diphtheriebacillus zugewiesen.

* Amerika. Der nächste (zweite) panamerikanische Congress wird entweder in 3 oder in 5 Jahren in Mexico stattfinden. Als Präsident wird der Professor an der Universität Mexico Rafael La Vista fungiren.

* Dr. Paul Börner's Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland für das Jahr 1894, herausgegeben vom geh. Sanitätsrath Dr. S. Guttmann, ist bei Thieme in Leipzig erschienen, und zeichnet sich wie immer durch seine Reichhaltigkeit und Verlässlichkeit aus.

* «Aerztlicher Verein des VIII. Bezirkes in Wien.» Bei der am 27. v. M. stattgehabten Generalversammlung wurden zu Vereinsfunctionären gewählt: Zum Obmann: Prof. Schauta, Obmann-Stellvertreter: Dr. Alois Gruber sen.; zu Schriftführern: Dr. Max Neumann und Dr. Adolf Wilh. Schmidt; zum Oekonomen: Dr. Schiffmann. Der bisherige Vorsitzende, Dr. Schrank, hat die auf ihn gefallene Wahl zum Obmann-Stellvertreter abgelehnt. Gleichzeitig wurden auch Candidaten für die Wahl in die Aerztekammer nominirt, und wird das Resultat, nachdem eine Einigung mit den übrigen Vereinen erzielt worden ist, rechtzeitig bekanntgegeben werden.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 23. September bis inclusive 30. September 1893. In Galizien 141 Erkrankungen, 71 Todesfälle. In Ungarn 115 Erkrankungen, 88 Todesfälle. — Deutsches Reich. Aus Hamburg werden täglich neue Cholerafälle gemeldet, in den letzten Tagen ist aber die Zahl der täglich vorgekommenen Fälle, welche früher über 20 betragen hatte, erheblich zurückgegangen. — Niederlande. Aus dem Haag wurden zwischen dem 17. und 21. September weitere 6 Choleraerkrankungen und 1 Todesfall gemeldet. In Amsterdam erkrankte ein Matrose, in Rotterdam zählte man in der Woche vom 16. zum 23. September 23 Erkrankungen, 14 Todesfälle. In verhältnissmässig vielen Orten kamen einzelne Cholerafälle vor. Ein Choleraherd hat sich den amtlichen Mittheilungen zu Folge nirgends gebildet. — England. Die Cholerafälle sind seltener geworden. In London wurden ausser den 2 Choleratodesfällen mehrere Erkrankungen an choleraartiger Diarrhoe beobachtet. — Spanien. Die Zahl der in der Zeit vom 4.—18. September in der Provinz Vizcaja constatirten Choleraerkrankungs-(Todes-)fälle betrug nach amtlichen Mittheilungen 95 (34), nämlich in Bilbao 43 (13), Deusto 8 (4), Erandio 5 (1), Las Arenas 2 (1), Lejona 1 (1), Ortuella 2 (1), Portugalette 2 (2), San Salvador 1 (1), Santurce 4 (—), Sestao 8 (4). Weiterhin kamen Cholerafälle vor in Zumarrago (Provinz Guipuzcoa), Villarecal und Belchite. — Italien. In Rom sind vom 30. Juli bis 21. September 18 Choleraerkrankungen mit 11 Todesfällen, am 25. September 1, am 26. und 29. September je 2 Cholerafälle, in Palermo seit dem Ausbruche der Epidemie bis 28. September 363 Erkrankungen, 194 Todesfälle, am 29. September 32 (10) Fälle vorgekommen. In Livorno ist die Epidemie in Zunahme, die Zahl der täglich ausgewiesenen Erkrankungen schwankt zwischen 10 und 33, jene der Todesfälle zwischen 3 und 16. Am 27. September wurde der Ausbruch der Cholera in Patti marina (Provinz Messina) gemeldet. — Rumänien. Es wurden 32 Erkrankungs- und 27 Todesfälle nachgewiesen, von denen auf die Districte Braila 14 (11), Covurlui 2 (3), Jalomitza 3 (1), Neamtzu 1 (—), Tultscha 12 (11), Vlasca — (1) entfielen. — Bulgarien. 6 choleraverdächtige Erkrankungen in Turtukai. — Türkei. In Bagdad greift die Cholera bedeutend um sich und ist bereits in Samarà am Tigris und Hit am Euphrat aufgetreten. — Persien. Die Cholera ist im Districte Mashur und Beh-Beh-Han, nordwestlich von Bushin, aufgetreten und wurden in ersterem 200, in letzterem 300 Todesfälle verzeichnet. Weitere Nachrichten melden in Amal 50, Chuster 250, Mashur 120, Beh-Beh-Han 150 Todesfälle. Zahlreiche Opfer fordert die Krankheit am Gestade des Persischen Golfes. — Algier. Im Arrondissement von Constantine und insbesondere im Canton Kroub ist Cholera aufgetreten, muthmasslich von zurückkehrenden Mekkapilgern eingeschleppt. Die Zahl der Erkrankungen wird für Kroub mit 42, die der Todesfälle mit 24 angegeben. — Marokko. Unter den auf der Insel Magador in Quarantaine stehenden Pilgern sind seit 5. September keine weiteren Cholerafälle aufgetreten.

— Dr. Martin Szigeti, im Sommer Curarzt in Gleichenberg, hat seine Paxis in Abbazia wieder aufgenommen.

— Auszeichnung: Der bestbekannten Mikroskop-Firma Ludwig Merker, Wien, VIII.—I., wurde von der Jury der Gewerbe-, Industrie- und landwirthschaftlichen Ausstellung zu Aussig die hohe Auszeichnung, das Ehren-Diplom, verliehen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Litschau (polit. Bezirk Waidhofen a. d. Thaya, Niederösterreich) Eisenbahnstation Chlumetz, für die Sanitätsgemeindegruppe Litschau. Fixe Bezüge: 980 fl., und zwar aus dem n. ö. Landesfonde, 400 fl. und 20 Raummeter weiches Brennholz von der gräflich Seilern'schen Güterverwaltung, und 180 fl. von 2 Fabriken. Bezüglich der Erhöhung der Subvention aus dem n.-ö. Landesfonde sind Schritte eingeleitet worden. Für die Besorgung des Gemeinde-Sanitätsdienstes wird eine separate Entlohnung entrichtet. Weitere Bezüge aus der Besorgung der öffentlichen Impfung, der Behandlung der Findlinge, sowie der gerichtsärztlichen Agenden stehen in Aussicht. Schliesslich erscheint eine lohnende Praxis gesichert, da in weiterer Umgebung kein Arzt ansässig ist. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche um diese Stelle sind an den Gemeindevorsteher in Litschau zu richten.

Gemeindearztesstelle in der selbstständigen Sanitätsgemeinde Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl. Gesuche an das Gemeindeamt in Pirkenhammer.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätsdistrict Pustoměř (polit. Bezirk Wischau, Mähren), bestehend aus 6 Gemeinden mit 3473 Einwohnern auf 38·85 Qu.-Kilom. Area. Mit dieser Stelle ist ein Gehalt von jährlichen 272 fl. (incl. Reisepauschale) verbunden. Ausserdem leistet die Gemeinde Pustoměř jährlich einen besonderen Beitrag von 168 fl. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Bewerber, welche die Qualification nach § 11 des Gesetzes vom 10. Februar 1884, L.-G.- und V.-Bl. Nr. 28, besitzen, wollen ihre Gesuche bis Ende October an Johann Zbořil, Delegirtenobmann in Pustoměř richten.

K. k. Sanitätsassistentenstelle bei der Landesregierung in Klagenfurt (Kärnten). Adjutum 500 fl. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind an das k. k. Landespräsidium zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Lužan (Bukowina) Die mit diesem Posten verbundene Jahresdotation beträgt 400 fl. und gelangt bei dem betreffenden k. k. Steueramte in monatlichen Raten zur Auszahlung. Ausserdem erhält der Gemeindearzt für Dienstesreisen die mit der Kundmachung der Bukowinaer k. k. Landesregierung vom 18. December 1890, Z. 17190 (L.-G.- u. V. Bl. Nr. 24) normirten Gebühren. Bewerber um diesen Posten haben nach § 5 des bezogenen Landesgesetzes nachzuweisen: 1. die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde in den im Reichsrathe vertretenen Königreichen und Ländern; 2. die österreichische Staatsbürgerschaft; 3. dass sie der Sprache, welche von der Mehrzahl der Bevölkerung dieses Sanitätssprengels gesprochen wird, im hinreichenden Grade mächtig sind. Die dementsprechend instruirten Gesuche sind im vorschriftsmässigen Wege bis 10. October l. J. an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Kotzman einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler*

VII. Jahrgang. Wien, 15. October 1893. Nr. 42.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien, I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

Zum Zwecke der Discussion über diesen Gegenstand können wir die Paralysen in zwei Gruppen bringen; erstens, Paralysen ohne musculäre Degeneration; zweitens, Paralysen, die eine Degeneration der Muskelfasern im Gefolge haben, oder die von einer solchen Degeneration abhängig sind. Nur auf die Charactere und auf die Vertheilung der zweiten Kategorie dieser Fälle möchte ich heute Ihre Aufmerksamkeit lenken.

Da der zu behandelnde Gegenstand ein umfangreicher, und die Zeit, die mir jetzt zur Verfügung steht, eine beschränkte ist, so muss ich mich damit begnügen, diesen Gegenstand nur von einigen Gesichtspunkten aus zu behandeln, mit der speciellen Absicht, eine diesbezügliche Discussion anzuregen und ohne irgend welchen Anspruch auf eine vollkommene Behandlung des Gegenstandes.

Auf die Gefahr hin, elementar zu erscheinen, werde ich Sie zunächst an die Beziehungen der Muskeln zu den Nervencentren erinnern. Der Weg der Innervation von der Gehirnrinde zu den Muskeln besteht aus zwei wohl unterschiedenen Theilen, nämlich aus der Pyramidenzelle mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern und ihrem centrifugalen oder Achsencylinderausläufer, der längs des Pyramidaltractus des Rückenmarks verläuft; und zweitens, aus der spinalen multipolaren Zelle mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern und ihrem Achsencylinder oder centrifugalen Ausläufer, der in der Muskelfaser endet. Diese zwei Segmente der motorischen Bahn sind ganz unterschieden und haben keine directe Verbindung mit einander.

Es ist in der letzten Zeit durch histologische Untersuchungen nach GOLGI's Methode gezeigt worden, dass der Pyramidenachsencylinderausläufer in einer baumartigen Verzweigung endigt, der blos mit der Rückenmarkszelle in Contact kommt oder sich mit ihren dendritischen oder protoplasmatischen Ausläufern verschlingt. Die gegenseitige Beziehung ist somit nur die der Contiguität und nicht die der Continuität. Der Achsencylinder der Rückenmarkszelle endigt auch in einer baumartigen Verzweigung, die eine Contactbeziehung mit dem eigentlichen musculären Gewebe herstellt.

Zerstörung der Pyramidenzelle oder Durchschneidung ihres centrifugalen Ausläufers wird eine Paralyse der Muskelfaser bedingen, weil dadurch die Uebertragung der Impulse auf die Rückenmarkszelle aufgehoben wird, und überdies stirbt der Pyramidenausläufer in seiner ganzen Länge ab, da das Gedeihen desselben von den Zellen abhängt, von denen er nur eine Verlängerung darstellt. Die Degeneration jedoch hält in der Regel bei der terminalen baumartigen Verzweigung inne, während zu gleicher Zeit die Rückenmarkszelle mit ihren dendritischen Ausläufern ihre Integrität behält.

In solchen Fällen handelt es sich um Paralyse der willkürlichen Bewegung, aber um keine Degeneration des Muskels. Die Sache steht jedoch anders, wenn das spinale Segment der motorischen Bahn der Sitz der Läsion ist. Zerstörung der spinalen Zelle bewirkt unbedingt ein Absterben des Achsencylinderausläufers und somit auch ein Absterben der Muskelfaser, der er zugetheilt ist. Das Leben der Muskelfaser erscheint somit abhängig von dem des spinalen Segments. Die Muskelfaser stellt jedoch eine Structur dar, die phylogenetisch von der der Nervenzelle und ihrem Achsencylinderausläufer verschieden ist. Der Muskel leitet sich vom Mesoderm ab, während die Nervenzelle mit ihrem Ausläufer eine Evolution des Ectoderms darstellt, und es ist in der letzten Zeit durch die

*) Vortrag, gehalten in der Section für Medicin auf der 61. Jahresversammlung der «British Medical Association» in Newcastle-on-Tyne, 1. bis 4. August 1893. — Mitgetheilt von Léon LEIBOWITZ.

Beobachtungen von Leonowa [1]) nachgewiesen worden, dass die normale Ernährung und die Entwicklung der quergestreiften Muskeln im Embryo von den Vorderhörnern und den motorischen Nerven ganz unabhängig sei, denn in dem Falle von Amyelie, den er mittheilt, und in dem die Vorderhörner und die vorderen Nervenwurzeln gänzlich fehlten, waren die quergestreiften Muskeln ganz intact.

Es ist somit, vom Standpunkte der Evolution betrachtet, wahrscheinlich, dass die Muskelfasern Anomalien der Entwicklung und der Ernährung unterworfen sein können, die vom Centralnervensystem ganz und gar unabhängig sind. Theoretisch können wir somit eine Muskeldegeneration oder eine Muskelatrophie haben, sei es in Folge einer Läsion der multipolaren Zellen der Vorderhörner, sei es — was im Wesentlichen dasselbe bedeutet — in Folge einer Läsion der motorischen Nerven, oder in Folge von Zuständen, die primär die Muskelfasern selbst afficiren. Wir können somit diejenigen Zustände bekommen, die man als myopathische, neuropathische und myelopathische Amyotrophie bezeichnet hat, je nachdem, ob die primäre Läsion in den Muskeln, in den Nerven oder in den Vorderhörnern sitzt, oder ob diese verschiedenen Formen mehr oder weniger miteinander combinirt sind.

Es gibt jedoch einen gewissen Theil des spinalen Segments, dem man nicht immer die Aufmerksamkeit geschenkt hat, die ihm seiner Bedeutung nach zukommt; ich meine die dendritischen Ausläufer und ihre Beziehungen zu der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenfasern und der anderen Fasern. Es ist wahrscheinlich, wie Schäfer [2]) annimmt, dass der Zellkörper mit seinem Kern primär an der Ernährung des motorischen Nerven und seiner ihm nahestehenden Muskelfaser betheiligt ist, während die dendritischen Ausläufer dazu dienen, Impulse zur functionellen Action zu übertragen. Läsionen dieser Ausläufer können somit eine Lähmung bedingen, die alle Zeichen einer spinalen Lähmung darbietet, aber ohne das Vorhandensein von Muskeldegeneration, die nur dann erfolgt, wenn die Zellen selbst zerstört werden.

Als Folge der Affectionen der dendritischen Ausläufer allein oder der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenfasern können wir eine Paralyse bekommen, die mehr oder weniger auf bestimmte Muskelgruppen beschränkt ist, aber ohne atrophische Degeneration oder Veränderung in der elektrischen Erregbarkeit Dies tritt zweifellos im Verlaufe von Syringomyelie ein, abhängig von einer gliomatösen Infiltration der Wurzelzonen und des Centralgraus. Es ist auch nicht unwahrscheinlich, wie auch von Gowers angenommen wurde, dass eine Läsion dieser Art, wenn sie auch nicht post mortem demonstrirbar ist, die Grundlage für die Landry'sche oder die «acute aufsteigende Paralyse» abgebe, bei der, obgleich eine vollständige Paralyse des centralen Typus vorhanden sein kann, die Muskeln weder schwinden, noch irgend welche Entartungsreactionen zeigen. Diese Ansicht über die Pathologie der Landry'schen Paralyse scheint mir besser mit den klinischen Thatsachen zu harmoniren, als der polyneuritische Ursprung, der durch den verstorbenen Dr. James Ross mit so viel Eifer vertreten wurde.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Fall von Anencephalie combinirt mit totaler Amyelie. Neurolog. Centralbl. 1893. Nr. 7 und 8.

[2]) The Nerve bell considered as the Basis of Neurology; Brain; Spring and Summer, 1893.

Die Verhütung und Heilung der asiatischen Cholera.

Von **Dr. Aug. Dyes**
Oberstabsarzt I. Cl. a. D. in Hannover.

Auch in diesem Jahre forderte die Cholera im südlichen Frankreich und insonderheit auch in Mekka zahlreiche Opfer, so dass es Zeit sein dürfte, auch in Deutschland sich auf diesen unliebsamen Besuch vorzubereiten, und sich nach Mitteln zur Abwehr und Bekämpfung dieses Würgengels umzusehen; um so mehr, als die bisher angewandten Mittel günstige Erfolge in der That nicht erzielten, wie die Epidemie bewies, welche im vorigen Jahre die Stadt Hamburg decimirte.

Da nun Probiren über Studiren geht, so möchte ich meine Herren Berufsgenossen auffordern, zur Abwehr und Bekämpfung der Cholera das Chlorwasser, zur Hälfte mit Wasser gemischt, zur inneren Desinfection der Choleraverdächtigen und der an Cholera Leidenden versuchsweise anzuwenden, so würden sie dieses gegen alle miasmatischen Krankheiten, wie auch gegen die Trichinosis sich heilsam erweisende Mittel bald lieb gewinnen und mir helfen, dasselbe zu empfehlen und in Aufnahme zu bringen, zum Segen der leidenden Menschheit, welche durch die miasmatischen Krankheiten (Scharlach, Diphtherie, Blattern, Typhus, Ruhr, Brechdurchfall, gelbes Fieber und asiatische Cholera) jahraus jahrein decimirt wird.

Die Ursache, wesshalb das von mir seit 25 Jahren mehrfach gegen alle miasmatischen Krankheiten und vom Herrn Geheimen Sanitätsrath Brand in Stettin seit 1883 wiederholt gegen die Cholera empfohlene Chlorwasser bei den Berufsgenossen keine Aufnahme fand, ist der Thatsache zuzuschreiben, dass unsere Empfehlung bei den Lehrern der Therapie und Pharmakologie keine Beachtung fand, sondern todtgeschwiegen wurde, und dass die alte, irrige Lehre fort und fort verbreitet wird, das Chlorwasser eigne sich nicht zum inneren Gebrauch; obwohl dasselbe schon von dem berühmten Therapeuten Schoenlein in Würzburg gegen den Typhus angewandt und gerühmt wurde. Auch Herr Dr. Sala in Freienwalde erzielte 1883 bei Bekämpfung der Cholera die besten Heilerfolge mit dem Chlorwasser.

Gerade in diesem Falle würde das alte Sprichwort sich bewähren: «Probiren geht über Studiren». Da man irrigerweise glaubt, das Chlorwasser sei zu scharf für den Magen, so möchte ich die Herren Collegen bitten, im Interesse der leidenden Menschheit einmal einen Theelöffel oder halben Esslöffel voll des zur Hälfte mit Wasser verdünnten Chlorwassers einzunehmen, so würden sie erkennen, dass es nicht schärfer als Rum und Arrak ist.

Nahm doch v. Pettenkofer im Interesse der Wissenschaft versuchsweise eine Reincultur von Cholera-Bacillen zu sich. Wenn er darnach nur Durchfall bekam, so muss man folgern, dass diese Reinculturen weniger giftig sind, als die Unreinculturen, welche in Senkgruben, im Magen und Darmkanal der Cholerakranken wuchern, in Dunstgestalt in die Zimmerluft gelangen, und durch Einathmung in den Organismus der Zimmergenossen eindringen. Sollten aber diese Reinculturen der Cholera-Erzeuger ebenso giftig sein wie die Unreinculturen, so möchte ich glauben, dass v. Pettenkofer und sein Genosse nach jenem ungewöhnlichen, rein wissenschaftlichen Frühstück zur Beseitigung des Ekels ein Gläschen Rum oder Cognac nachnahmen und dadurch die eben genossenen Choleramikroben vernichteten, denn die Spirituosen sind nächst dem Chlorwasser das wirksamste desinficirende Mittel.

Bei der 1867 in Hildesheim herrschenden Epidemie machte ich häufig die Beobachtung, dass die Cholera in ihren beiden ersten Stadien durch einige Gaben Chlorwasser im Keime erstickt oder coupirt wurde; kam dieses mächtige Mittel erst im dritten oder vierten Stadium zur Anwendung, so wurde die Cholera dadurch derart modificirt, dass 80% der Kranken gerettet wurden, während bei Anwendung der bisher üblichen und probirten Mittel 80% zu sterben pflegten

Brand und Sala erfreuten sich desselben günstigen Erfolges; Brand hatte als Dirigent des Cholera Krankenhauses in Stettin freilich nur solche Kranke in Behandlung, welche sich in den beiden letzten Stadien der Cholera befanden und hatte somit keine Gelegenheit die coupirende Wirkung des Chlorwassers kennen zu lernen.

Sobald die Cholerakranken das Chlorwasser eingenommen haben, stellt sich schon bei leichter Bedeckung im Bett innerhalb einer halben Stunde allgemeiner wohlthuender Schweiss ein und die Uebelkeit, Ekel, Erbrechen und die heftigen Magenschmerzen hören auf.

So erwünscht es im Interesse der Wissenschaft wäre, die Cholera erzeugenden giftigen, kleinen Lebewesen und ihre Naturgeschichte mikroskopisch zu erforschen, so haben doch die bisherigen Enthüllungen einen praktischen Nutzen noch nicht gebracht, wie die Epidemie in Hamburg zeigte.

Hallier in Jena nannte die Cholera-Erzeuger Sporen, Koch in Berlin dagegen Kommabacillen; beide Arten sind Pilzkeime, also vegetabilischer Natur. Nach meinen Beobachtungen müssten sie animalischer Natur sein, also Infusionsthierchen und zwar aus folgenden Gründen: Als ich bei der Epidemie in Hildesheim dem Munde eines Schwerkranken nahe kam, und die heissen schnellen Ausathmungen desselben meine Gesichtshaut trafen, empfand ich dasselbe prickelnde Gefühl, welches man wahrnimmt, wenn man an milden Sommerabenden in einen Schwarm «Quitten» geräth. Mit dem Rücken der entgegen gestreckten Hand fühlte ich dasselbe Prickeln, während die Ausathmungen der Typhuskranken dasselbe nicht hervorrufen; und ich muss daraus folgern, dass die Typhus-Erzeuger vegetabilischer Natur (Pilzkeime), die Cholera-Erzeuger aber animalischer Natur (Infusionsthierchen) sind, weil sie in der Luft schwebend selbstständige Bewegung äussern.

Diese Hypothese wird unterstützt durch die Thatsache, dass die der asiatischen Cholera ähnlichen Krankheiten (Ruhr und Brechdurchfall, Cholera nostras) durch kleine Thierchen erzeugt werden, denn schon durch die Lupe erkennt man, dass der sogenannte Mehlthau der Gartenfrüchte, wodurch die Ruhr und der Brechdurchfall erzeugt werden, aus Thierchen besteht.

Auch einige Mikroskopiker beobachteten, dass die mikroskopisch untersuchten Cholera-Bacillen sich bewegten und diese Bewegung dürfte vielleicht noch grösser sein, wenn die zu untersuchenden Mikroben sich nicht in einer giftigen Anilin-Lösung befänden, worin sie muthmasslich krank werden und absterben.

Für die Behandlung (Therapie) ist es zum Glück ganz einerlei, ob die Cholera-Erzeuger Sporen oder Bacillen, ob vegetabilischer oder animalischer Natur sind, weil beide Gattungen durch das Chlorwasser in einer Minute vernichtet werden, so dass sie sich nicht mehr vermehren, und ihre schädliche Wirkung fortsetzen können.

Erstes Stadium.

Infection und Vorboten der Cholera.

Wenn die in der Zimmerluft eines Cholerakranken schwebenden Cholera-Erzeuger bei ungenügender Lüftung von den Zimmergenossen eingeathmet werden, so verursachen sie eine geringe Reizung der Schleimhaut der Lungen und rufen mehr oder weniger Schwindel und Beklemmung hervor, muthmasslich die Folge von Aufsaugung des Giftes durch die Schleimhaut, also Blutvergiftung. Beim Athmen lagert sich ein Theil des in der Luft schwebenden Giftes an die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle ab, und erzeugt Ekel, Neigung zum Ausspeien, Uebelkeit, bald Trockenheit der Zunge und des Gaumens und Durst, bisweilen Rauhigkeit der Stimme und Schlingbeschwerden, auch häufiges Schaudern. Der Schwindel war bei hochgradiger Ansteckung so stark, dass die Kranken mehrfach niederfielen. Werden im Stadium der Vorboten die an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle klebenden Krankheitserzeuger nicht bald durch Spirituosa oder Chlorwasser vernichtet, so gelangen sie mit dem verschluckten Speichel, Getränken und Speisen in den Magen, und sofort beginnt das

Zweite Stadium.

Sofort nach dem Eintritt des Choleragiftes in den Magen werden die bisherigen Krankheitserscheinungen erheblich gesteigert und es stellt sich Erbrechen und Kälte der äusseren Haut ein; der gesteigerte Durst ist durch Getränke nicht zu stillen, sondern nur durch Spirituosa und noch besser durch einen halben Esslöffel voll Chlorwasser. Die trockene Zunge zeigt nun einen weissen Belag.

Nach den Mittheilungen einiger Cholera-Schriftsteller sind schon in diesem Stadium einzelne Todesfälle vorgekommen, und man hat die Krankheit Cholera sicca genannt; die Ursache eines so frühen tödtlichen Ausganges dürfte Blutvergiftung sein.

Drittes Stadium.

Kommt auch im zweiten Stadium der Cholera das desinficirende Chlorwasser nicht zur Anwendung, so vermehren sich an der Schleimhaut des Magens die Mikroben in rapider Weise und gelangen mit dem Magen-Inhalt in den Dünndarm, erkennbar an dem baldigen Eintritt der heftigsten Darm- oder Kolik-Schmerzen und des schmerzhaften Durchfalls (Darmcatarrh); die Stühle sind in diesem Stadium gallig gefärbt und verbreiten einen eigenthümlich widerlichen Geruch. Der trockene Belag der Zunge bekommt nun gelbliche Färbung. Bei innerlich empfundenem Brennen wird die äussere immer kälter, und es stellen sich die empfindlichsten krampfhaften Muskelschmerzen (crampi) ein. Die Schwäche der Kranken wird dann so gesteigert, dass sie nicht mehr imstande sind, das Bett zu verlassen, und dass sie niederfallen, wenn sie es versuchen. Jammernd und stöhnend liegen sie da — das Bild der furchtbarsten Qualen.

Die Lehre der Wissenschaft, die Kälte und Erstarrung der Cholerakranken sei die Folge der durch die Entleerungen derselben bewirkten Verminderung der Blutlymphe, so dass das zu dickflüssig gewordene Blut im feinen Haargefässnetze unter der Haut nicht circuliren könne, diese Hypothese ist entschieden irrig, weil ein bis zwei halbe Esslöffel voll Chlorwasser genügen, Wärme und Schweiss hervorzurufen, welcher 24 bis 48 Stunden anzudauern pflegt.

Der Frost der Cholerakranken entsteht, wie bei Malaria, Lungenentzündung etc. durch die Blutvergiftung und das dadurch veranlasste Absterben zahlreicher Blutkügelchen, wie jeder bei diesen Krankheiten ausgeführte Aderlass lehrt; denn das diesen Kranken entzogene Blut enthält 70—80% farbloser d. h. abgestorbener Blutkügelchen, welche nach erfolgter Erkältung eine zähe weissliche Kruste bilden, welche aus Fibrin besteht. Ohne Zweifel enthält das Blut der Cholerakranken im Stadium algidum noch mehr abgestorbene Blutkügelchen. Da man während der Cholera-Kälte den heilsamen Aderlass nicht ausführen kann, so sollte man dieses Blutreinigungsmittel zur Anwendung bringen, sobald der durch das Chlorwasser bewirkte Schweiss beendet ist, weil sonst nach Ueberstehung der Cholera diejenige Unreinheit des Blutes zurückbleibt, welche man mit dem irreleitenden Namen Blutarmuth belegt hat.

Als 1867 die Cholera in Hildesheim herrschte, wusste ich noch nicht, dass die sogenannte Blutarmuth durch kleine Aderlässe geheilt wird, und unterliess die prophylaktische Blutentziehung; diese Unterlassung dürfte die Ursache gewesen sein, dass viele genesene Cholerakranke von der sogenannten Blutarmuth nachher zu leiden hatten.

Auch bei den von Typhus, Blattern und Lungenentzündung Genesenen pflegt die sogenannte Blutarmuth zurückzubleiben, wenn kein Aderlass gemacht wurde.

Möchten doch die Aerzte, welche wissen, dass die üblichen Heilmittel (Morphium, Strychnin, Höllenstein, Calomel) und die in Hamburg probirte Reihe aller modernen giftigen Arzneimittel nutzlos, zum Theil schädlich sich erwiesen, gegen die miasmatischen Krankheiten, und insonderheit gegen die Cholera das Chlorwasser probiren, so würden sie staunen und sich freuen über den schnellen günstigen Erfolg.

Es ist rathsam, anfangs halbstündlich einen halben Esslöffel voll reichen, und nach dem Aufhören des Erbrechens, der Muskel- und Kolikschmerzen und der Hautkälte nach Umständen seltener und kleinere Gaben. Alternirend mit dem Chlorwasser reiche man dann Mandelmilch mit Opium zur Linderung des Darmkatarrhs. Sollten die Leibschmerzen sich noch zuweilen bemerklich machen, so erweisen sich Chinin-

Pillen dienlich, weil sie sich im Darmcanal allmählig auflösen und desinficirend wirken.

Fünf Minuten nach dem Einnehmen des Chlorwassers lasse man schwarzen Kaffee nachtrinken als bekömmlichstes Getränk.

(Schluss folgt.)

Ueber Beckenperitonitis beim Weibe und die pathologische Bedeutung der Tubae Fallopiae in Beziehung zu dieser Krankheit.*)

Von

Prof. Dr. C. J. Cullingworth in London.

(Fortsetzung und Schluss.

Die operative und nicht operative Behandlung im Vergleiche zu einander.

Im August vorigen Jahres wurde in das South Western Fever Hospital in London eine magere Frau mit verfallenen Kräften, 27 Jahre alt, aber von viel älterem Aussehen, unter dem Verdachte, sie leide an enterischem Fieber, aufgenommen. Sie hatte einen ausgelassenen Lebenswandel geführt, lebte getrennt von ihrem Manne und bot am Gaumen ausgesprochene Zeichen dar, welche dafür sprachen, dass sie an schwerer constitutioneller Syphilis gelitten hatte. Auch konnte man aus ihrer Krankengeschichte mit aller Sicherheit entnehmen, dass sie an Gonorrhoe gelitten hatte. In der letzten Zeit hatte sie 3 Wochen lang an Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit gelitten, und 4 Tage vor ihrer Aufnahme in's Spital hatte sie Schmerzen im Abdomen und Diarrhoe. Bei der Untersuchung zeigte sich das Abdomen aufgetrieben und tympanitisch, die Zunge war trocken, der Puls frequent und schwach, und die Temperatur betrug 103° F. Es war kein Exanthem vorhanden, und die Auscultationsphänomene waren ganz normal. Bei der Vaginaluntersuchung fand man den ganzen hinteren Raum des Beckens von einer festen und harten Masse ausgefüllt. Früh am Morgen des zweiten Tages hatte sie einen reichlichen Ausfluss einer äusserst übelriechenden purulenten Flüssigkeit aus der Vagina und vier Stunden später starb sie. Bei der Nekropsie fand sich eine beträchtliche Menge einer halb-purulenten Flüssigkeit in der Bauchhöhle, und die Eingeweide waren namentlich gegen das Becken durch Adhäsionen stark miteinander verwachsen. Der Uterus war ziemlich vergrössert und seine Schleimhaut hyperämisch. Beide Tubae Fallopiae waren verdickt, erweitert und voll mit Eiter. Sie waren in sich selbst gefaltet, und ihre Fimbrienenden, die durch entzündliche Adhäsionen geschlossen waren, adhärirten aneinander im Cavum Douglasii. Der Rest des hinteren Raumes des Beckens bestand aus einer grossen Abscesshöhle, die viel übelriechenden Eiter enthielt. Man fand überdies, dass die Abscesshöhle mit dem Innern der rechten Tuba durch eine Ulcerationsöffnung in der Wand der Tuba communicirte; sie communicirte auch mit der Peritonealhöhle im Allgemeinen und durch eine kleine runde Oeffnung in dem hinteren Fornix mit der Vagina. Die Ovarien waren von normalem Volumen und in die Wände der Abscesshöhle eingebettet. Es waren keine Zeichen von Darmgeschwüren oder von Erkrankungen des Coecum und seiner Appendix vorhanden, und die anderen Organe des Körpers waren ebenfalls gesund.

Hier noch ein zweites und recenteres Beispiel von Tod in Folge von Ruptur eines Pyosalpinx. Am 8. April des laufenden Jahres wurde auf die medizinische Klinik des St. Thomas Hospital eine kräftige, verheiratete Frau, 41 Jahre alt, aufgenommen, und zwar mit Symptomen allgemeiner Peritonitis und in einem Zustande von Collaps, und die Sache hatte den Anschein, als ob es sich um Darmperforation handeln würde. Während einiger Monate hatte sie einen übelriechenden Ausfluss aus der Scheide gehabt.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 39, 40, 41, 1893.

Ihre gegenwärtige Krankheit hatte einen Tag oder zwei Tage vor ihrer Aufnahme ins Spital begonnen.

Sie befand sich thatsächlich in einem moribunden Zustande, als sie im Spital ankam und starb in einigen Stunden. Bei der Nekropsie fanden sich Zeichen allgemeiner Peritonitis, die im Becken am intensivsten war. Dies Abdomen enthielt ungefähr einen halben Liter höchst übelriechenden Eiters. Beide Tuben waren stark und ungefähr in gleichem Maasse aufgetrieben und glichen in ihrem Volumen einem Darmstücke. Sie waren stark torquirt und zeigten nach rückwärts Duplicaturen. Jede derselben war an beiden Enden geschlossen und enthielt ungefähr eine Unze eines ungemein fötiden Eiters. An der vordern Wand der linken Tuba, ungefähr in ihrer Mitte befand sich ein perforirendes Geschwür aus dem man Eiter herausdrücken konnte. Es fand sich sonst keine ernste Erkrankung im Organismus vor, ausser, dass die Uterusschleimhaut intensiv entzündet war, und dass ein kleiner, weicher, ulcerirter und gangränöser Polyp aus der linken Seite des Fundus uteri in die Uterusöhle hineinragte.

Beide diese Fälle sind Beispiele chronischer Erkrankung mit letalem Ausgange. Bisweilen jedoch endet eine Tubarerkrankung in einem viel früheren Stadium letal, wie in dem folgenden erschreckend traurigen Falle, dessen Einzelheiten mir zur Verfügung gestellt wurden.

Eine gesunde und gut gebaute junge Frau von 27 Jahren wurde vor einigen Jahren auf eine der Kliniken für Infectionskrankheiten des St. Thomas Hospital aufgenommen, und zwar mit akuten aber unbestimmten Fiebersymptomen, die vier Tage vorher begonnen hatten. Sie hatte sich mit der Pflege einiger mit Diphtherie behafteter Kinder befasst, und da sie leichte Halsschmerzen mit Schüttelfrost, heftigem Kopfschmerz und Schmerzen in den Gliedern hatte, so nahm man an, dass sie sich bei den Kindern inficirt hatte. Ihre Temperatur am Tage der Aufnahme betrug 102° F. und am folgenden Tage 104° F. Am dritten Tage klagte sie über Schmerzen im Abdomen, und die Abendtemperatur stieg auf 104·6° F. Nach Ablauf einer Woche wurde das Abdomen bis zu einem gewissen Grade aufgetrieben. Von dieser Zeit an waren die Symptome die der allgemeinen Peritonitis. Sie starb am 13. Tage nach ihrer Aufnahme ins Spital und die Temperatur war eine Stunde vor dem Tode auf 105·6° F. gestiegen. Bei der Nekropsie fanden sich die Zeichen der akuten allgemeinen Peritonitis, am meisten im Becken ausgesprochen. Es fand sich wenig oder gar keine Flüssigkeit in der Bauchhöhle, aber eine reichliche Menge von Lymphe und ausgedehnte Verwachsungen der Gedärme und der anderen Baucheingeweide. In der Beckenhöhle fand sich eine Unze oder mehr dicken Eiters. Der Uterus war stark in Adhäsionen eingebettet, aber sonst gesund. Beide Tubae Fallopiae waren akut entzündet, und wenn man einen Druck auf dieselben ausübte, so quoll aus dem äusseren Ende einer jeden derselben eine beträchtliche Menge dicken und gelben Eiters hervor. Die Entzündung war am meisten auf der rechten Seite ausgesprochen. Das rechte Ovarium war grösser als das linke und erschien geröthet. Das linke war ganz gesund. Alle anderen Organe des Körpers waren gesund, ausser dass die Lungen einigermassen geröthet und ödematös waren.

Dies ist der kurze Bericht über drei Fälle von purulenter Salpingitis, die letal endeten, in Folge des Umstandes, dass der Inhalt der Tuben sich in die Peritonealhöhle entleerte, in zwei Fällen bedingt durch Ruptur der Tubenwand, und in dem dritten Falle durch das noch immer ungeschlossene Fimbrienende der Tuba.

Ich wünsche, nur zum Zwecke eines Vergleiches, über drei Fälle von so ziemlich demselben Charakter wie die vorhergehenden zu berichten, in welchen die erkrankten Tuben durch Operation entfernt wurden.

Ich hatte die Krankengeschichte des ersten Falles früher mitgetheilt, aber es ist der Mühe werth, dieselbe jetzt wieder anzuführen.

Eine junge Frau von 28 Jahren. mit fahlem, blassem Gesicht und von einer elenden Magerkeit, wurde in das Hospital wegen heftiger Schmerzen in dem untern Theile des Abdomen, verbunden mit Pyrexie, aufgenommen. Sie war während fünf Jahren verheirathet, aber von ihrem Manne seit drei Jahren wegen seiner Unmässigkeit und Grausamkeit getrennt, und hatte sich und ihre zwei Kinder durch Kleidermachen zu erhalten.

Nur ein Mal während der drei Jahre ihrer Trennung hatten der Mann und sie den Coitus ausgeführt, und bei dieser Gelegenheit — ein Jahr vor ihrer Aufnahme in's Spital — inficirte er sie mit Gonorrhoe.

Nach einigen Wochen wurde sie zu schwach, um ihre Arbeit fortsetzen zu können und war gezwungen ihr Haus aufzugeben und mit ihren Kindern in's Invaliden-Spital zu gehen. Sie verliess dasselbe nach drei oder vier Monaten, musste aber bald in dasselbe wieder zurückkehren. Sie verliess es dann wieder und nahm ihre Beschäftigung wieder auf. Ihre Gesundheit liess jedoch bald nach

Sie litt an heftigen Schmerzen im untern Theile des Abdomen, in den Lenden und im Rücken, und das Sitzen wurde ihr so schwer und schmerzhaft, dass sie ihren Beruf aufgeben und während einiger Wochen vor ihrer Aufnahme in's Spital von der Grossmuth ihrer Gönner leben musste.

Das Becken war von einer harten und unregelmässigen Masse, namentlich zur rechten Seite des Uterus und hinter demselben ausgefüllt. Der Uterus war von normalem Volumen, nach links über die Mittellinie hinübergeschoben und fixirt. Es wurde der Bauchschnitt ausgeführt. Der hintere Theil des Beckens war von einer Masse adhärenter Eingeweide ausgefüllt, die schwer zu erkennen und zu trennen waren. Beide Tuben waren verdickt und stark aufgetrieben, und eine jede von ihnen communicirte durch ihr offenes Fimbrienende mit einem intraperitonealen Abscess, der seinen Inhalt offenbar von den eiternden Tuben her bezogen hatte. Die Patientin, obgleich sie nach der Operation noch einen schweren Anfall von Pneumonie durchzumachen hatte, genas vollkommen, verlor ihren Schmerz und ihr schlechtes Aussehen und wurde ein Bild strotzender Gesundheit.

Der nächste Fall, den ich als Beispiel gewählt habe, betrifft eine junge verheirathete Frau, 24 Jahre alt, Mutter dreier Kinder, die in's Spital wegen heftiger Schmerzen im Rücken und in der linken Regio iliaca aufgenommen wurde; die Symptome waren vier Tage vor ihrer Aufnahme plötzlich aufgetreten. Ihre Temperatur schwankte zwischen dem Normalen und einer Temperatur von 102·2° F. Sie hatte einen ähnlichen Anfall drei Monate vorher gehabt, fühlte sich aber in der Zwischenzeit ziemlich wohl

Der Schmerz schwand, nachdem sich die Patientin 24 Stunden lang im Spitale aufgehalten hatte, aber da sich in jedem hintern Quadranten des Beckens eine dichte irreguläre Masse vorfand, ein Theil deren als eine gewundene und verdickte Tube gefühlt werden konnte, und da es sicher schien, dass man es mit einem Falle von chronischer eitriger Salpingitis zu thun hatte, so hielten wir es für das Beste, die Operation auszuführen.

Dieser Entschluss war für die Patientin glückverheissend. Die Operation wurde ausgeführt. Beide Tuben fand man unregelmässig erweitert, verschlossen und voll mit Eiter. Ihre Wände hatten eine Dicke von einem viertel Zoll und waren so tief ulcerirt, dass an manchen Stellen nur die peritoneale Lage übrig blieb. An der vordern Fläche der rechten Tuba, an einer Stelle, die besonders dünn war, fanden sich zwei kleine Perforationsöffnungen, durch welche Eiter ausfloss. Wahrscheinlich waren diese Oeffnungen während der Trennung der Adhäsionen entstanden, aber es war klar, dass, wenn auch noch keine Perforation stattgefunden hatte, dieselbe im Begriffe war zu entstehen. Ein Aufschub der Operation von sogar einigen Tagen würde die Kranke einer ernsten Gefahr ausgesetzt haben. Das Resultat des Eingriffes war, dass die Patientin genas, dass ihre Genesung eine ununterbrochene war, und dass, als man sie sechzehn Monate später sah, dieselbe so kräftig und gut aussah, dass man sie kaum wiedererkennen konnte. Sie hatte seit der Operation keine Schmerzen gehabt und ihr Gesundheitszustand war ein besserer als mehrere Jahre vorher.

Der dritte und letzte Fall, über den ich berichten will, ähnelt in manchen Zügen dem Falle betreffend die Kinderpflegerin, den ich in der ersten Reihe dieser Fälle mitgetheilt hatte. Ein Dienstbote in einem City-Hotel in London, 24 Jahre alt, theilte eines Abends dem Leiter des Hôtels mit, dass sie von einem Fremden, der im Hôtel logirt, genothzüchtigt worden sei. Der Attentäter wurde aus dem Hôtel weggejagt, aber das Mädchen kündigte ihrem Herrn; Während der fünf Wochen, während welcher sie noch in ihrer Stelle blieb, hatte sie einige Schmerzen beim Uriniren und einen Ausfluss aus der Scheide.

Am Morgen, nachdem sie das Hôtel verlassen hatte, fühlte sie einen Schmerz im rechten Handgelenk. Drei Tage später wurde sie in das St. Thomas Hospital, auf die Abtheilung eines Freundes von mir, aufgenommen, unter dem Verdachte, dass sie an acutem Rheumatismus leide. Sie hatte spontane Schmerzen und Schmerzen auf Berührung in mehreren Gelenken, ohne ausgesprochenen Erguss und ohne Röthung der Haut.

Ihre Temperatur betrug häufig 102° F. und bisweilen erreichte sie 104° F. — Fünf Wochen nach der Aufnahme in's Spital bemerkte man bei der Patientn einen Ausfluss aus der Scheide, und einige Tage später wurde der Verdacht meines Collegen, dass der Fall kein gewöhnlicher Fall von acutem Rheumatismus sei, dadurch bestätigt, dass die Kranke über Schmerzen im untern Theile des Abdomen klagte.

Ich wurde hierauf eingeladen, die Patientin zu sehen und zu untersuchen. Ich sprach mich dahin aus, dass die Kranke an Gonorrhoe mit Pyosalpinx, Beckenperitonitis und Pyämie leide.

Sie wurde auf meine Klinik transferirt, und eine Woche später operirte ich. Die Beckeneingeweide waren mit einander durch peritoneale Adhäsionen verwachsen. Die Tubae Fallopiae waren verdickt und voll mit Eiter. Hinter dem Uterus und von Adhäsionen eingeschlossen, fand sich ein Abscess von dem Umfange einer Orange, der seinen Inhalt aus den zwei Tuben, durch deren offenes Fimbrienende, bezogen hatte. Die Folgen der Entleerung des Abscesses und der Entfernung der Tuben waren augenblickliche und überraschende. Die pyämischen Symptome schwanden schnell, die Theile, welche durch die Operation betroffen waren, heilten, ohne eine Spur von Eiterung, und die Patientin genas vollkommen und ganz ausgezeichnet.

Kann es irgend einem Zweifel unterliegen, dass das Leben der drei ersten dieser sechs Patientinnen durch eine rechtzeitige Operation erhalten werden konnte, oder dass das Leben der drei letztgenannten Frauen so gerettet wurde?

Ich möchte nicht missverstanden werden. Ich glaube auch nicht einen Augenblick lang, dass jeder Fall von Entzündung der Tubae Fallopiae operirt werden soll. Im Gegentheil, ich bin der Ansicht, dass die meisten von ihnen ohne Operation genesen. Aber es gibt auch einen grossen Rest von Fällen, die meisten von ihnen chronische, einige wenige acute Fälle, in denen nur eine Operation das Leben retten kann, und es gibt noch eine grössere Reihe von Fällen, in welchen eine rechtzeitige Operation die Kranke von einem Jahre lang anhaltendem Elend, Arbeitsunfähigkeit nnd Siechthum befreit. Eine Frau, die sich ihr Brot verdienen muss, oder ihren Mann in seiner Arbeit zu unterstützen hat, kann sich nicht den Luxus einer Krankheit gönnen, die sich über mehrere Jahre hinausdehnt, und eine Operation würde in ihrem Falle gerechtfertigt sein, dort, wo sie in dem Falle ihrer wohlhabenden Collegin nicht gerechtfertigt sein würde. Die Operation ist, in Kürze, nicht das einzige vom Himmel gesandte Mittel, das alle anderen verdrängen könnte, sondern eine un-

schätzbare Bereicherung unserer Hilfsquellen, ein Verfahren, das, wenn es in passenden Fällen angewandt wird, wenn man sich der Verantwortlichkeit seines Vorgehens bewusst ist, und wenn man sowohl der Patientin wie ihrer Umgebung die drohende Gefahr und das endgiltige physiologische Resultat der Operation klar gemacht hat, dazu angethan ist, ebenso grosse Triumphe wie irgend eine Operation in der Chirurgie zu feiern.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

***Prof. Ferdinand Hueppe:** Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik*

(Fortsetzung.)

Man kann auch im Sprachgebrauche jeder Verwirrung begegnen, wenn man sich daran gewöhnt, die auslösenden Kräfte stets als Gährungs- und Infections-«Erreger» und im physiologischen Geschehen nach altem Gebrauche als «Reize» zu bezeichnen. Das Wort «Ursache» bleibt dann im begriffskritischen Sinne für jenen Theil des Vorganges reservirt, für den es auch die exacten Wissenschaften im Sinne der Energetik allein anwenden.

In diesem Sinne ist es eine untergeordnete und rein practisch in Betracht kommende Sache, ob beispielsweise die potentielle Energie des Pulvers als Ursache der Explosion direct durch eine Lunte oder durch den dem Feuersteine entlockten Funken oder durch die Entzündung einer besonderen Zündmasse ausgelöst wird, ob der Mechanismus des Gewehres, der dies ermöglicht, einfach oder complicirt ist, ob die Auslösung leicht oder schwer ist. Alle diese Dinge sind ihrem Sinne nach Auslösungsmittel der gegebenen Grösse, welche das Pulver nach Art und Menge darstellt. In diesem Sinne ist es eine nebensächliche Frage, ob die Bacterien mechanisch durch ihren Wachsthumsreiz oder durch Protoplasmaschwingungen oder durch Bildung trennbarer Enzyme oder Gifte die Krankheitsanlage des Wirthes auslösen; ob Hefezellen durch ihre Protoplasmaschwingungen oder durch trennbare Enzyme die Energie des Zuckers zur Auslösung bringen. Die infections- und gährungserregenden Zellen stehen mit der Summe ihrer Wirkungen als auslösende Factoren der auslösbaren Energie des lebenden Protoplasma eines Wirthes oder einer gährfähigen Substanz gegenüber. Statt der Bacterien- oder, allgemein, statt der Parasitenwirkung kann für andere Fälle ein ganz anderes Gift die Auslösung übernehmen und die Sonnenstrahlen können beispielsweise die Energie gährfähiger Substanzen erregen.

Sondert man einen Vorgang in Gedanken, so genügen auslösbare Energie und Auslösung, um eine bestimmte Wirkung hervorzurufen. Im Experimente ist bereits eine Einschränkung nöthig, indem wir ganz bestimmte, an sich mit dem ersteren Vorgange nicht nothwendig verbundene Bedingungen herstellen. Die Gleichartigkeit dieser von uns vorher bestimmten oder von uns gewollten Bedingungen lässt uns in der Regel die Bedeutung dieser Schranke vergessen oder übersehen und veranlasst uns oft zu ganz falschen Anwendungen der Versuchsergebnisse auf die Gesammtheit der Naturerscheinungen und auf die Praxis. In der Natur selbst treten aber noch ganz andere Einschränkungen durch das Ineinandergreifen der verschiedenen Naturprocesse auf, die fortwährend wechselnde Bedingungen schaffen. Dadurch gewinnen practisch diese Bedingungen eine mehr oder weniger entscheidende Bedeutung für die Möglichkeit der Auslösung potentieller Energie, der wahren Ursachen. Sind solche Bedingungen nicht gegeben, so wird trotz der Möglichkeit der Auslösung die aulösbare, latente, potentielle Energie als innere Ursache nicht ausgelöst.

Der frohe Ausruf des entzückten Wanderers im Hochgebirge, der heisere Schrei des Adlers, der Flügelschlag einer Alpenkrähe lösen nur dann die Lawine aus, wenn die Schneemasse genügend schräg gelagert ist. Ist die gleiche Schneemasse mit der gleichen latenten Energie, die sich aus gleicher Höhe ergibt, horizontal oder wenig schräg gelagert, so hat man nicht nöthig, «stille die Strasse der Schrecken zu wandeln»; die «schlafende Löwin» wird nicht geweckt. Der Reiz, der nur auslösende Anstoss hat sich als eine echte Entität bewiesen, er hat seine Rolle rein weg vergessen! So beziehen sich auch alle die Angaben, die wir PETTENKOFER und seiner Schule über «örtliche» und «zeitliche» Disposition für Infectionskrankheiten verdanken, nur auf solche rein äussere und zunächst zufällige und wechselnde Bedingungen. Mit dem eigentlichen Causalproblem der Infection haben diese Dinge zunächst nichts Nothwendiges zu schaffen. Ob sie irgend etwas causal damit zu thun haben, kann mit den von PETTENKOFER angewendeten Methoden überhaupt nicht ermittelt werden, gleichgiltig, ob man die Wahrscheinlichkeitsrechnung anwendet oder mit EMMERICH die Logik von Jon Stuart MILL anruft. Zunächst ist nur sicher, dass es sich um wichtige oder nothwendige Bedingungen für den Eintritt der möglichen Infection handelt. Dadurch werden diese Bedingungen allerdings ohne Weiteres von praktisch grösster Bedeutung. Für das Leben und die Vermehrung und Virulenzerhaltung pathogener Mokrobien müssen gewisse, annähernd gleichartige Bedingungen gegeben sein, wie sie beispielsweise der Wirthsorganismus eines empfänglichen, gleichwarmen (disponirten, homoiothermen) Thieres, eines sogenannten Warmblüters, bietet, oder wie sie der Gährungstechniker in seinen Gährräumen zu schaffen sucht.

Nur unter diesen annähernd gleichbleibenden Bedingungen lösen specifische Gährungs- und Infectionserreger als Species von Thieren, Pflanzen oder Protisten wirklich specifische, d. h. typische Gährungen und Krankheiten aus. Wechseln diese Bedingungen[1]), so hört die specifische Infections- oder Gährungszelle auf specifisch zu wirken, *sie* hört auf überhaupt zu wirken, oder sie wirkt anders!

Damit allein wird die naturwissenschaftliche Haltlosigkeit jener Auffassung illustrirt, welche in «specifischen» Infectionserregern die «Ursache» und die «Entität» oder das «Wesen» der «specifischen» Infectionskrankheiten sehen will. Diese ontologische Auffassung ist naturwissenschaftlich von dem allein in Betracht kommenden Standpunkte der Energetik aus ebenso unhaltbar wie überflüssig. Die «Entität», das «Wesen» liegt in der Gleichartigkeit der Bedingungen, d. h. in Vorgängen, und diese hat die moderne Wissenschaft ihres ontologischen Characters entkleidet: alle Kräfte sind nach R. MAYER wandelbare Objecte. Das gilt von den organischen Kräften so gut wie von den anorganischen.

Vielleicht war es nur ein Zufall, dass PETTENKOFER den Fehler seiner Vorgänger vermied und die von ihm in den Vordergrund gestellte örtliche und zeitliche Disposition nicht als ens morbi bezeichnete oder auffasste, was er mit demselben Rechte hätte thun können, wie SYDENHAM oder VIRCHOW oder KOCH für die von diesen als das wichtigste betrachtete Moment. Thatsächlich hat PETTENKOFER diesen Fehler vermieden.

Der subjective Character unserer Erkenntniss nöthigt uns jedoch, gewisse Tendenzen und Qualitäten als Hilfsvorstellungen einzuführen und damit Striche in die Natur zu zeichnen. Dürfte ich es etwas grob ausdrücken, so würde ich sagen, die Striche sind (wegen des oben dargelegten subjectiven Characters unserer Erkenntniss) Projectionen der Bretter, die alle Menschen, nur in verschiedener Dicke und Breite, vor ihrer Stirn tragen. Der Fehler beginnt erst, wenn man diese Hilfsstriche für etwas objectiv gegebenes, für wirkliche Schranken hält, für Bretter, welche die wissenschaftliche Welt verschliessen. Diesen Fehler haben die Specifiker niemals ganz vermieden. Aber ganz abgesehen von HERAKLIT haben uns Robert MAYER und Karl DARWIN die Bedeutung dieses Fehlers ernstlich vor Augen geführt.

[1]) Auch in der Physik beginnt man diese Dinge jetzt zu beachten, wie ich einer neueren Arbeit von MACH entnehme, der die physikalische Beständigkeit nur in der Beständigkeit der Bedingungen findet.

Um die erkenntnisstheoretische Bedeutung dieser Seite für unsere Fälle klar zu erkennen, muss ich vorausschicken, dass es in der Wissenschaft bei ehrlichem Suchen nach Wahrheit keinen hohen oder niedrigen Standpunkt, sondern nur verschiedene Betrachtungsweisen derselben Sache gibt. Je mehr, um so besser für das volle Begreifen Ob das Hauptarbeitsinstrument der analytischen Behandlung, die Infinitesimalgrösse, dynamisch auf dem Wege der Fluxionen oder mechanisch als Differential entwickelt wird, ist im Grunde gleichgiltig. Ob in Physik und Chemie die derzeit so bewährte Grundlage der Atonistik auf die Dauer mehr bietet als die dynamische, kann Niemand vorher sagen. Dass die Werthigkeit des Kohlenstoffes z. B. durch die Ecken eines Tetraeders genauer ausgedrückt wird als durch die Thatsache, dass die Energie des Kohlendampfes vier Mal die Energie des Wasserdampfes übertrifft, kann doch auch Niemand ernstlich behaupten. Das Gegentheil ist thatsächlich sogar genauer, aber die Constitutionsauffassung der Atomistik lässt sich mit allen ihren Vortheilen auch dem unfähigsten Studenten klar machen, während die andere gründliche Kenntniss der mathematischen Physik verlangt. Aehnlich steht es auch, wenn man auf dem Gebiete des Lebenden das Gewordene als solches, z. B. die Art, zu begreifen sucht, oder wenn man das Gewordene aus dem Werden zu verstehen sich bemüht. Beide Standpunkte ergänzen sich, aber sie schliessen sich nicht aus, wie es die Specifiker in ihrer krankhaften Abneigung gegen den Werdeprocess darstellen, die ihnen als Aerzten nur erlaubt, typische, sogenannte Schulfälle als Gegenstand ihres Studiums zu beachten.

Ich erwähnte bereits, dass das Wesen der Specifität im Sinne der specifischen Entität der Gährungs- und Infectionserreger nicht sowohl in deren Species-Natur oder Species-Constanz, als vielmehr in der Gleichartigkeit der äusseren Bedingungen liegt, d. h. dass zur Annahme einer ontologischen Auffassung kein Grund gegeben ist.

Wohl wissen wir jetzt, dass unter den kleinsten Lebewesen, den Protisten, den Zoophyten, den Amoeben, Pilzen, Bacterien etc. sich Gattungen und Arten unterscheiden lassen. In diesem Sinne der Möglichkeit der Trennung specifischer Merkmale hatte man besonders krankheitserregende, farbstoffbildende und gährungserregende (pathogene, chromogene und zymogene) Bacterien als Arten getrennt. Nur in diesem Sinne der Constanz der pathogenen Eigenschaften hätten die Infectionserreger als «Entitäten» in Betracht kommen können. Pathogene Bacterien, die ihre pathogenen Wirkungen freiwillig, d. h. durch zufällige äussere und wechselnde Bedingungen oder im Versuche durch künstliche Schaffung solcher Bedingungen verlieren und damit aufhören, pathogen und infectiös zu sein, sind keine «Wesen» oder «Entitäten» mehr.

Nun haben wir sicher kennen gelernt, dass sogenannte pathogene Bacterien unter anderen Bedingungen Farben bilden oder Gährungen erregen und umgekehrt, und zwar auch dies genau so «specifisch», wie die Infection. Diese Thatsache der «Wirkungscyklen», wie ich es genannt habe, ist jedoch nicht die einzige, welche uns die Bedeutung der Bedingungen klar macht und damit die gesuchte «Entität» aufhebt. H. BUCHNER war es auf Grund systematischer Versuche zuerst gelungen, den Milzbrandbacillen ihre pathogenen Eigenschaften zu nehmen und sie auf den Stand einfacher Saprophyten zurückzuführen. Dieselbe Beobachtung machte etwas später zufällig PASTEUR, nur dass er dieselbe als Ausgang für die mehr Aufsehen erregenden Schutzimpfungen benutzte und damit ein neues Gebiet erschloss. Dieselbe Beobachtung wurde dann später für fast alle pathogenen Bacterien gemacht, so dass man geradezu sagen kann, dass keine Eigenschaft der Bacterien leichter zu beeinflussen ist, als gerade die «specifische». Dies gilt genau ebenso für die Gährungserreger, wie FITZ und ich, später meine Schüler GROTENFELT und SCHOLL, zuletzt NENCKI, feststellten. Für die Pigmentbacterien wurde dieser Nachweis zuerst von SCHOTTELLIUS und meinen Schülern WOOD, GROTENFELT und SCHOLL geführt. Die Wirkungscyklen und die Beeinflussung gerade der «specifischen» Wirkungen heben die «Entität» dieser Vorgänge für das naturwissenschaftliche Denken auf und nur die naive Betrachtungsweise, die sich aus practischen Gründen über die bessere wissenschaftliche Einsicht unter dem Vorgeben hinwegsetzt, auf diese Weise Thatsachen ohne den Ballast der Theorie sammeln zu können, hält an dieser Vorstellung fest, durch welche die Lehre der Gährungen und Infectionskrankheiten ausserhalb der Fortschritte der Naturwissenschaften gehalten wird, welche bereits seit LIONARDO DA VINCI unter Thatsachen denn doch etwas Anderes begreifen lehren, als etwa einen neuen specifischen Bacillus.

Die Species-Constanz hat mit der Constanz der «specifischen» Gährungs- und Infectionswirkung nichts zu thun, während der Biologe und Pathologe, der nach Entitäten sucht, nur Arten gebrauchen kann, deren «specifische» Gährungs- und Infections-Wirkungen constant bleiben. C. FRÄNKEL, der sich unter KOCH's jüngeren Schülern von den Starrheiten der KOCH'schen Ontologie am meisten frei ghalten hat, erkennt dies auch an, wenn er «die pathogene Wirksamkeit das wandelbarste Stück im Character vieler Bacterienarten» nennt.

Sind aber die Arten der Mikrobien constant, wie lässt sich dann dieser Wechsel der specifischen Wirkungen verstehen? Die Individuen jeder Art, auch von Mikrobien, sind in ihrem vererbbaren Protoplasma mit einer Reihe möglicher Wirkungen ausgestattet, die ihnen die Anpassung an die Aussenbedingungen ermöglichen. So lange diese Bedingungen gleich bleiben, werden scheinbar nur ganz bestimmte Eigenschaften vererbt, in Wirklichkeit werden die anderen Wirkungsmöglichkeiten zunächst nur unterdrückt und bleiben latent.

Je länger die Bedingungen für die eine Eigenschaft günstig bleiben, um so sicherer wird diese vererbt, so dass sie schliesslich allein übrig bleiben kann, aber nicht muss. Dieser Umstand ist nun gerade bei den pathogenen Eigenschaften in dem Masse sicherer gegeben, als der Parasitismus derselben mehr und mehr obligat wird, weil in empfänglichen Wirthen, deren Constanz sich in ähnlicher Weise erhält und vererbt, die Bedingungen am wenigsten wechseln. Die sogenannten Tuberkelbacillen sind viel schwerer zu beeinflussen als Milzbrand- oder Cholerabacterien, Culturhefen schwerer als die weniger an gleichartige Bedingungen angepassten Gährungserreger.

Aber im Versuche kann man auch diese Schwierigkeiten beseitigen und ich halte es unbedingt für KOCH's grösste Leistung, dass er uns die Tuberkelbacillen cultiviren lehrte und damit die Möglichkeit eröffnete, auch die schwierigsten dieser Fragen im Versuche zu fassen. Dass dabei KOCH's Methodik allmälig ganz in den Dienst der Ideen anderer Forscher getreten ist, die KOCH auf's bekämpfte, ist ein merwürdiges Zusammentreffen.

Nicht die vererbbare Entität mit ihrer Vererbung der specifischen Constanz der Species ist also das allein Entscheidende, sondern der Umstand, dass nur unter geeigneten und gleichmässigen und gleichbleibenden Bedingungen gerade diese und keine anderen der gegebenen vererbbaren Eigenschaften für die Arterhaltung geeignet sind. Der Zimmtbaum vererbt seine aromatische Rinde nur in Ceylon, aber nicht mehr, wenn er nach den Continent verpflanzt wird. Das in der Industrie gewünschte Verhältniss von Alkohol und Glycerin wird durch die Culturhefen nur bei bestimmten Temperaturen der Gährräume gebildet; bei höheren Temperaturen ändert sich das Verhältniss zu Gunsten des Glycerins. Der Mikrococcus prodigiosus verliert über 40° die Fähigkeit, seinen herrlichen, fuchsinähnlichen Farbstoff zu bilden, und seine Fähigkeit, Milchsäure aus Zucker abzuspalten, tritt immer reiner hervor, so dass man nach WOOD's Ermittelungen glauben könnte, einen ganz besonders typischen Milchsäureerreger vor sich zu haben. Bei den pathogenen Bacterien hängt in ähnlicher Weise die Fähigkeit, Gift zu bilden, von der Temperatur ab unter entsprechendem Vor- oder Zurücktreten anderer Wirkungen.

So sehr es anzuerkennen ist, dass NAEGELI und WEISSMANN die Bedeutung der Vererbbarkeit gegebener, aber einmal doch erworbener Eigenschaften hervorgehoben haben, so haben doch beide darin gefehlt, dass sie die Bedeutung der äusseren Bedingungen für die Constanz der Vererbung unterschätzen. Darin hat Moritz WAGNER von allen bisherigen Naturforschern wohl am klarsten beobachtet und gedacht, wenn er die Bedeutung der Isolirung, d. h. die Schaffung gleichartiger und eventuell neuer Bedingungen für die

Erhaltung ursprünglicher Artmerkmale und für die Aenderung der Arten und damit für die Entstehung neuer Arten scharf erfasste. Es kann nichts vererben, was nicht irgendwie vorgebildet ist. Aber was sich vererbt von den gegebenen Möglichkeiten, das hängt auch und entscheidend ab von gegebenen Aussenbedingungen, welche als Reize auf auslösbare Energie des Protoplasma einwirken, d. h. aber schliesslich nichts weiter, als dass sich eine Art äusseren Bedingungen anpassen und in diesem Sinne neue Eigenschaften erwerben kann, die ihrerseits so lange vererbt werden, wie die neuen Bedingungen anhalten. Ist dieses lange genug der Fall, so können die alten, ursprünglich scheinbar allein vorhanden gewesenen Eigenschaften ganz verloren gehen und eine neue Art mit neuen Eigenschaften und sogar mit neuen Anpassungsmöglichkeiten bildet sich, weil durch das Hervortreten bestimmter Eigenschaften, die an die morphologische Structur gebunden sind, der ganze Bau beeinflusst werden muss.

In dieser nicht ontologischen Auffassung des derzeitigen Angepasstseins an zur Zeit vorhandene relativ gleichbleibende Bedingungen vermögen Gährungs- und Infectionserreger durch Uebertragung von bestimmten Protoplasmabewegungen, die eventuell auch an isolirbare active Eiweisskörper, wie Enzyme, Toxalbumine, als Reize oder Anstösse gebunden sein können, bestimmte Bewegungsmöglichkeiten auszulösen.

Dass die activen Eiweisskörper, gleichgiltig ob sie von der Zelle trennbar sind oder nicht, aber ganz ausserordentliche Bewegungen ausführen und dadurch auch auslösen können, ist gerade durch die bacteriologischen Untersuchungen der letzten Jahre sichergestellt. Welche geringen Mengen Enzyme vermögen als Fermente hydrolytische Spaltungen oder Gerinnungen herbeizuführen! Wie geringe Giftmengen eiweissartiger Natur, Toxalbumine, genügen, um die Vergiftungen von Cholera, Tetanus, Diphtherie herbeizuführen! Und wie energisch schützen die activen Eiweisskörper des Blutserums, Alexine, natürlich immuner oder immunisirter Thiere das Thier gegen die eindringenden Parasiten und deren Gifte!

Welche gewaltige Energie dem Protoplasma und jedem activen lebenden Eiweiss im Gegensatze zu dem todten Eiweiss mit dem die Chemie bis jetzt arbeitet, zu Gebote steht, lehren nicht nur diese drei Arten von Wirkungen, die die Vorstellungen über den Chemismus des Blutes vollständig umgestalten, sondern kann auch vielleicht die Thatsache veranschaulichen, dass sich diese gewaltigen Wirkungen innerhalb enger Temperaturgrenzen abspielen, während der Chemiker, wenn er mit rein organischen Kräften nur Theile dieser Vorgänge nachahmen will, zu ganz ausserordentlichen Eingriffen seine Zuflucht nehmen muss und Temperaturen nicht unter 100° anwenden kann.

Die zuerst von PFLÜGER und O. LOEW in ihrer Bedeutung gewürdigten Bewegungen des Protoplasma und daran anschliessend die in den letzten Jahren ermittelte Activität des lebenden Eiweiss werden natürlich nicht ausgeübt, um einem Forscher Gelegenheit zu einer geistreichen Theorie zu geben. Und doch möchte man das manchmal glauben, wenn man sieht, wie manche Forscher versuchen, ganz apparte Theorien für die Gährungen und Krankheiten aufzustellen, durch welche diese Vorgänge ganz aus dem Zusammenhange der Naturerscheinungen herausgerissen werden. Diese Erscheinungen werden uns aber ohne solche Gewalt verständlicher. wenn wir zu ermitteln suchen, was denn diese Wirkungen für die bewirkende Zelle selbst für eine Bedeutung haben, und da sehen wir sofort, dass es sich um eine Art Magenfrage handelt. Die Gährungs- und Infectionserreger müssen sich ernähren und sie führen ihre Protoplasmabewegungen in erster Linie aus, um durch Bewegungserregung in anderen Molekeln, d. h. durch Zerlegung und Spaltung derselben solche Atomgruppen frei zu machen, die sie für ihren eigenen Aufbau nöthig haben. In dieser Beziehung hat z. B. nach PFLÜGER das Cyan mit seiner Polymerisationsfähigkeit, nach LOEW das Formaldehyd oder die mit demselben isomere Gruppe CH OH eine ganz besondere Bedeutung. Wir erkennen auf diese Weise in immer genauerer Weise, dass die Ernährungsfähigkeit einer Substanz von ihrer chemischen Constitution abhängt. Um aber diese freigemachten Atomgruppen der eigenen Substanz statt der verbrauchten Stoffe oder für die Vermehrung der Individuen zu assimiliren, dazu bedarf es einer gewaltigen Energiemenge. Diese kann nun in sehr verschiedener Weise bei diesem Vorgange der Ernährung und Assimilation, welche ein synthetischer, also Wärme, d. h. Energie consumirender Vorgang ist, gewonnen werden. Die Extreme sind gegeben, wenn Luft oder Sauerstoff in freiem Zustande ausgeschlossen sind, resp. wenn sie frei zur Verfügung stehen.

Hiernach hatte PASTEUR die echten Gährungen, die nur bei Luftabschluss vor sich gehen sollen, grundsätzlich von den unechten oder Oxydationsgährungen getrennt und in der Abwesenheit der Luft, resp. des freien Sauerstoffes das Entscheidende gesucht. Zum Athmen auf Sauerstoff angewiesen, sollten die deshalb sauerstoffgierigen Mikrobien bei Luftabschluss diesen Sauerstoff aus chemischen Körpern, z. B. aus Zucker frei machen und diese Körper dadurch zerlegen, d. h. eben vergähren. Diesen Theil des Vorganges fassen wir jetzt chemisch allerdings anders auf, insofern wir erkennen, dass sauerstoffreichere Körper einen Theil ihres Sauerstoffes nicht direct und frei, sondern in bestimmten Atomgruppen, z. B. in Form von Hydroxylgruppen an leicht oxydable Körper mit labilen Wasserstoffatomen abgeben.

In etwas anderer Form nähern wir uns hiermit den Vorstellungen von M. TRAUBE, der zuerst erkannte, dass bei den Gährungen Oxydationen und Reductionen neben einander verlaufen müssen. Damit ist eigentlich die Auffassung von PASTEUR chemisch nicht mehr haltbar. Aber auch biologisch ist sie nicht richtig, seitdem ich zuerst, später auch DUCLAUX und mein Schüler HOLCHEWNIKOFF und in Bestätigung von dessen Versuchen neuerdings auch RUBNER ermittelten, dass es ganz reine Spaltungen und Reductionen gibt, die bei einem für Aërobiose und Anaërobiose chemisch geeigneten Nährmaterial sogar ausschliesslich bei Luftzutritt und Durchlüften, oder doch mindestens besser verlaufen, als bei Luftabschluss, die also chemisch als reine Umlagerungen von Atomgruppen reine Gährungen im Sinne PASTEUR's sind, biologisch aber gerade umgekehrt verlaufen. Ich habe deshalb schon vor mehreren Jahren, indem ich die Bildung bestimmter Gährungsproducte mit der Nährfähigkeit der Substanz in Verbindung betrachtete, erklärt, dass die «Ursache» nicht in der Anaërobiose, sondern in der Gährfähigkeit, d. h. der Nährfähigkeit und der potentiellen Energie der Substanzen beruht; dass die Gährfähigkeit an sich unabhängig von An- und Abwesenheit von Luft resp. freiem Sauerstoff ist, und dass die Anaërobiose lediglich die Bedeutung hat, dass bei Luftabschluss chemisch die reinste Form der Spaltungsmöglichkeit vorliegt. Tritt Luft oder freier Sauerstoff hinzu, so kann die Spaltung rein bleiben, wie eine Anzahl Fälle bewiesen, trotzdem dies nach PASTEUR's Theorie unmöglich sein müsste, aber sie muss es nicht mehr, und in der Regel tritt sogar die Oxydation d. h. die weitere Zerlegung durch Vermittlung von freiem Sauerstoffe hinzu. In letzterer Weise verlieren, wie ich schon vor Jahren nachgewiesen habe, die Cholerabacterien ihre Fähigkeit der Giftbildung, Milchsäurebacterien ihre Fähigkeit der Vergährung des Zuckers.

Gerade umgekehrt, wie es PASTEUR annahm, wird also die Frage der Anaërobiose zu einer Frage der Constitution der gährungsfähigen Substanzen. Jede Substanz ist gährfähig und bei Luftabschluss für Mikrobien zerlegbar, welche die Atomgruppen zur Synthese des activen Eiweiss der Gährungserreger enthält und bei deren Zerlegung gleichzeitig die nöthige Energie gewonnen werden kann, mit deren Hilfe diese Synthese ausgeführt wird.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzung der Section für Hygiene und Medicinalpolizei vom 12. Sept. 1893.

Dr. P. Degener, *Privatdocent, Braunschweig*: *Ueber den jetzigen Standpunkt der Abwässerfrage bezüglich der Städte und Industrie.* (Autorreferat)

Leider gestatt die kurz bemessene Frist nur einen Theil dessen vorzubringen, was Redner sonst für diesen Vortrag bestimmt hatte. Er weist darauf hin, dass an Stelle der alten Gossenwässer, welche sämmtliche flüssigen Abgänge der Stadt, auch einen Theil des Harns, enthielten, drei neue Kategorien entstanden seien, die eine,

welche, wie in Berlin, alle Abwässer inclusive der Meteorwässer enthielten, die andere, welche wie in Leipzig, die Fäkalwässer besonders beseitige, die dritte, welche sämmtliche Abwässer ausser den besonders abgeführten Regenwässern, gemeinsam abführe und in einigen Berliner Vororten ausgeführt sei. Alle drei Systeme stehen unter dem Einflusse der häuslichen Wasserleitung, welche letztere Hauptursache der immer allgemeiner werdenden Schwemmcanalisation ist.

Redner bespricht dann kritisch die bisher üblichen Methoden der Abwasserbeseitigung, bezw. Reinigung. Das einfache Entlassen in Flussläufe, wie in München und Hamburg, hält er vom chemischen Standpunkt bei genügender selbstreinigender Kraft der Flüsse für zulässig, nicht aber vom hygienischen, wenn pathogene Organismen zugegen sind. Diese letztern werden durch die Selbstreinigung nicht genügend rasch beseitigt, wie die Beobachtung deutscher Ströme, z. B. der Spree, gerade in diesem Jahre lehrt. Wenn die Dejectionen weniger Schiffer im Stande sind, wasserreiche Ströme zu verseuchen, so erwächst der Hygiene die Pflicht, alle Wege, welche zu solchen Verseuchungen führen können, thunlichst zu verstopfen. Deshalb sind Städte, ganz besonders zur Zeit von Epidemieen, nicht berechtigt, ihre Effluvien undesinficirt in die Flussläufe zu entlassen.

Die chemischen Klärverfahren sind nicht ganz mit Recht zur Zeit in einen unverdient üblen Ruf gekommen. Redner weist auf Grund seiner Untersuchungen nach, wie die abfälligen und widersprechenden Urtheile über die Reinigungswirkung überhaupt auf ungleichen Grundlagen aufgebaut sind. Man hat theils geklärte mit ungeklärten Wässern von verschiedenem Chlorgehalt verglichen, theils den Zustand der Wässer bei der Klärung nicht berücksichtigt. Die chemischen Klärverfahren wirken, wenn auch in bescheidenen Grenzen, reinigend nur dann, wenn die Abwässer noch nicht in fauligem Zustande sich befinden; andernfalls kann sogar eine Vermehrung der gelösten organischen Substanz eintreten. Es kommt also viel auf den Weg an, welchen die Abwässer bis zur Reinigungsstation zurücklegen.

Dagegen ist die chemische Klärung im Nachtheil gegenüber der Bodenfiltration bezüglich der Höhe der entfernbaren fäulnissfähigen Substanz, bezüglich also des Charakters der Fäulnissfähigkeit.

Ein chemisch geklärtes Wasser ist nur begrenzt haltbar, aber selbst dies ist unter Umständen, bei möglichst bald eintretender genügender Verdünnung, von Vortheil. — In Bezug auf die Mikroorganismen, besonders die pathogenen, sind die chemischen Verfahren, überhaupt die apparativen, den Rieselverfahren entschieden überlegen. Denn sie liefern nach den Untersuchungen GROSKAUER's, bei guter Beaufsichtigung, gegenüber den Drainwässern der Berliner Rieselfelder z. B. ein unvergleichlich keimärmeres Wasser und vermögen die abfiltrirten Mikroorganismen sicher zu tödten, wozu das Bodenfilter nicht in der Lage ist. Dieses bietet, da die saprophyten Organismen durchaus nicht immer der pathogenen Herr werden, vielmehr ein Conservirungsmittel für letztere dar, und es kann theils durch Bodenspalten, theils durch abgeerntete Früchte, theils durch die ominösen Nothauslässe und die Drainwässer eine stete Infectionsgefahr bilden.

Eine unangenehme Seite der chemischen Verfahren, ist die Schlammfrage, die fast überall ein onus der betreffenden Anlagen ist.

Das elektrische Verfahren erscheint dem Redner als zu theuer und nicht genügend wirksam, aussichtslos. Desgleichen das sogenannte Lüftungsverfahren, da der nicht verdichtete Luftsauerstoff viel zu wenig wirksam ist. — Dagegen lag in den Vorschlägen des Prof. A. MÜLLER, welche in einer Vorgährung der Effluvien gipfelten, der Keim eines brauchbaren Verfahrens. MÜLLER wies zuerst auf die Wichtigkeit der sogenannten Fäulniss für die Reinigung der Gewässer hin und versuchte sie künstlich nachzubilden, um die Rieselung umgehen zu können. Nach seinem Verfahren konnte dies nicht geschehen, da er nicht dafür sorgte, die Ausscheidungsproducte der Mikroorganismen continuirlich zu entfernen. So war die Gährung nie zu Ende zu bringen. Bei der Buttersäure-, Milchsäuregährung ist dies längst in der Praxis berücksichtigt worden und wir wissen, dass z. B. auch der Cholerabacillus der Alkalien bedarf, um seine Ausscheidungen zu neutralisiren. Vielleicht ist die von AUFRECHT nachgewiesene, der Ernährung der Cholerabacillen so günstige Beschaffenheit des Elbewassers bei Hamburg im vorigen Jahr weniger den Chloriden darin an sich, als dem bedeutenden Lösungsvermögen derselben gegen kohlensauren Kalk zuzuschreiben.

Redner bespricht nun die bei der Bodenfiltration wirksamen Ursachen, und findet als solche: 1. die rein mechanische Filtration; 2. chemische Umsetzungen mit gelösten Bodensalzen; 3. chemische und physikalische Absorptionswirkungen; 4. Oxydationen an der Oberfläche durch verdichteten Luftsauerstoff; 5. Mikroorganismenwirkung. Alle diese Faktoren, welche sich sämmtlich künstlich nachahmen lassen, wirken zusammen, so dass der Zersetzungsprocess in einem quasi durch Oberflächenattraction und Ausfällung concentrirtem Nährsubstrat und fortwährender Entfernung der Ausscheidungsproducte sich sehr rasch vollzieht. Ausser diesem, auf der Ackerkrume selbst verlaufenden Process vollzieht sich ein weiterer Vegetationsprocess innerhalb der die Poren erfüllenden Flüssigkeit. Durch diesen werden die Stoffe, welche vorher nicht absorptionsfähig waren, in den absorptionsfähigen Zustand gebracht. Die Flüssigkeit sinkt immer tiefer, kommt in immer neue Bodenschichten, und ist schliesslich fast vollkommen chemisch gereinigt. Die natürliche und die nachgebildete Bodenfiltration wirken also im Gegensatz zu den chemischen Verfahren um so besser, je intensiver die Fäulniss stattgefunden oder stattfindet.

Es handelt sich somit um eine fraktionirte Absorption, die sich in dem Rieselboden in der Richtung von oben nach unten vollzieht. Redner zieht die Parallele mit der Selbstreinigung der Flüsse, welche er ebenfalls als auf der fraktionirten Absorption durch die Sohle und die Seiten des Flussbettes und in geringerm Masse die suspendirten mineralischen Bestandtheile des Flusswassers (Detritus der Gebirge) erklärt. Was bei der Bodenrieselung ein Untereinander von Absorptionsschichten sei, stelle sich bei der Flussreinigung als ein Hintereinander dar. Die allseitige Berührung des Flusswassers mit der Flusssohle werde bewirkt durch Diffusionsströmungen, Gefäll, Fischleben, Schifffahrt, Anstoss an Steine und Ecken u. A. m. Gleichzeitig mit den organischen Substanzen werden natürlich die Mikroorganismen absorbirt.

Was die Gährungserscheinungen in den sogenannten Rieselböden anlangt, unterscheidet Redner zwei Kategorien: die Reductions- und die Oxydationsgährungen.

Unter erstere versteht er solche, welche sich derart vollziehen, dass bei der Zersetzung der stickstoffhaltigen organischen Substanz nur Ammoniak entsteht.

Diese Art Gährungen vollziehen sich:

1. bei ganz oder nahezu vollkommenen Luftabschluss; also z. B. unter Wasser, und gehören hieher die Selbstreinigung der Flüsse, wie die Gebrauchswasser-Sandfiltration, bei denen nie eine Bildung von Salpetersäure beobachtet wird;

2. zwar bei, wenn auch beschränktem, Luftzutritt, aber bei Gegenwart von Stoffen, welche leichter oxydirbar sind, als das gebildete Ammoniak.

Hieher gehören z. B. die Danziger Rieselanlagen bis zum Jahre 1880. Bis dahin zeigen die Wässer der dortigen Abflussgräben keine Spur eines Stickstoffoxydes, nur Ammoniak. Der Grund liegt darin, dass der dortige Dünensand überall durchsetzt ist mit dem sogenannten Fuchssand, einer braunkohlenartigen Substanz, welche leicht oxydirbar ist, und die Entstehung von Salpetersäure deshalb schon im statu nascendi hindert. Jetzt, nachdem der Fuchssand fast überall ausgespült ist, beginnt auch auf den Danziger Anlagen die Nitrification. Denn der inzwischen gebildete, schwarze, in verdünntem Ammoniak unlösliche Humus hindert sie nicht, wie die braune, in genanntem Alkali leicht lösliche Braunkohlensubstanz.

Ganz anders verhalten sich die Berliner Rieselfelder. Hier finden wir — neben einer Anfangs verlaufenden Reductionsgährung — offenbar am Ende der Rieselwirkung die zweite erwähnte Kategorie der Fäulnisserscheinungen: die Oxydationsgährung. Diese vollzieht sich natürlich räumlich und zeitlich getrennt von der Reductionsgährung und hat zwei Voraussetzungen: Abwesen-

heit von leichter oxydirbarer Substanz als Ammoniak und Anwesenheit von Sauerstoff. Sie tritt besonders charakteristisch und im Gegensatz zur Gebrauchswasser-Sandfiltration, welche continuirlich d. h. ohne Luftzufuhr, arbeitet, in der intermittirenden Sandfiltration, welche 6 Stunden mit vollem, 18 mit leerem Filter arbeitet, auf. Bei jener entstehen keine Oxyde des Stickstoffs, bei dieser massenhaft. Wie diese beiden Filtrationsarten, so verhalten sich die Berliner und die Danziger (bis 1880) Rieselanlagen gegen einander. Tritt bei jenen keine Spur Salpeter- und salpetriger Säure auf, so bei diesen in grösster Menge. Die Breslauer Anlagen stehen etwa in der Mitte, mehr nach den Danziger zu.

Redner gibt den Danziger Anlagen den Vorzug; aus finanziellen Gründen, weil in Berlin im Drainwasser etwa die Hälfte des Stickstoffs in Form unabsorbirbarer Nitrate verloren geht, in Danzig nur etwa ein siebentel, in Breslau noch nicht ein Zehntel (bei der für diese Berechnung angenommenen Gleichheit der auf- und abfliessenden Wassermengen). Ferner hat Redner Bedenken über die grosse Menge Nitrite in den Berliner Abzugswässern. Nicht allein der lokal oder zu Zeiten directen hygienischen Bedenklichkeit dieser giftigen Verbindungen wegen, sondern weil er der Ansicht zuneigt, dass der Entstehung von Nitriten günstige Verhältnisse von Einfluss auf die Virulenz pathogener Organismen sein können. Er weist darauf hin, dass die beiden Endglieder der in Betracht kommenden Stickstoffverbindungen, Ammoniak und Salpetersäure, neutralisirt, hygienisch unbedenklich sind, dass aber alle intermediären Oxydationsproducte des Stickstoffs, Hydroxylamin, salpetrige Säure etc., und höchstwahrscheinlich auch viele oder alle hieher gehörigen kohlenstoffhaltigen Derivate des unvollkommen oxydirten Stickstoffs giftig sind. Er glaubt, dass Mikroorganismen solche Gifte besonders dann produciren, wenn sie bei ungenügendem Sauerstoffzutritt sich entwickeln; vielleicht entdecke man bei weiterem Studium dieser Erscheinung den Grund, weshalb vielfach das Sinken des Grundwasserstandes mit dem Auftreten von Epidemien zusammenfällt.

Die Thätigkeit der Pflanzenwurzel bei den Rieselprocessen, beschränkt sich nach dem Redner nur auf die Wiederherstellung der Absorptionsfähigkeit der Ackerkrume. Er erwähnt dann von ihm vorgenommene Versuche, die Rieselfactoren in verbesserter Weise künstlich nachzuahmen; er hält dies Ziel für erreichbar, da dieselben sämmtlich in concentrirterer Form angewendet werden können und da man einen Hauptfehler der Berieselung, den auch die PETRI'sche Torffiltration beging, vermeiden kann, und der darin lag, dass man überall mit den erschöpftesten Bodenpartien, den obersten, immer die schmutzigsten Jauchen zusammenbringt. Die hiedurch bedingten Unzuträglichkeiten kann man nur durch grosse Areale ausgleichen. Ein Abwasser aber, dessen complexe Verbindungen alle zersetzt sind, dessen Verunreinigung eigentlich nur noch im Ammoniakgehalt besteht, kann durch ein ganz geringes Bodenquantum endgiltig gereinigt und ausgenutzt werden. Redner verlangt daher aus ökonomischen wie aus hygienischen Gründen eine Vorklärung des zur Rieselung bestimmten Wassers. Schliesslich fasst er seine Ausführungen in Schlusssätzen zusammen, bezüglich deren wir auf das Original (Deutsche medicinische Wochenschrift, sowie das Tagblatt der Versammlung) verweisen, und spricht den Stadtverwaltungen von Berlin, Danzig, Breslau, Potsdam, Braunschweig, einigen Fabriken und dem Ingenieur W. ROTHE, welche alle ihn bei seinen Arbeiten lebhaft unterstützt haben, seinen Dank aus.

In der anschliessenden Debatte verwahrt PRAUSNITZ-München sich gegen des Redners Schlüsse, soweit sie München und die Isar beträfen; hier wären die Verhältnisse vollkommen klar; SPINOLA-Berlin hält das combinirte Klär-Rieselsystem für Berlin für zu kostspielig; HUEPPE-Prag will die jedesmal zu stellenden Forderungen von Fall zu Fall entscheiden und glaubt nicht, dass die durch DEGENER hervorgehobene Infectionsgefahr ganzer Ströme durch die Dejectionen einzelner Schiffer von der Gefährlichkeit sind, wie man an manchen Stellen jetzt annimmt. DEGENER stellte seine Forderungen nochmals als Maximal- und Ideal-Grenzwerthe dar. Mit solchen müsse die reine Wissenschaft operiren, die Praxis breche ohnehin genug davon ab.

---

2. Sitzung der Abtheilung für innere Medicin am 14. September 1893.*)

Prof. Rosin (Berlin): *Ueber Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten.*

Der Vortragende beobachtete einen Fall von Herzerkrankung bei einer vorher gesunden Frau, bei welcher im 3. Jahre nach Beginn des Herzleidens ein epileptischer Anfall auftrat, welchem in weiteren 10 Jahren noch 7 Anfälle folgten; ausserdem kamen 5—6 mal im Jahre larvirte Formen vor.

Aus der Literatur erkennt der Vortragende 12 Fälle als einwandsfrei an; er kommt zu folgenden Thesen:

1. Eine Ursache für die Entstehung epileptischer Anfälle können Erkrankungen des Herzens und der Gefässe sein.

2. Man muss die Epilepsie auf das Herzleiden zurückführen, wenn alle übrigen Ursachen auszuschliessen sind.

3. Diese Epilepsie kann zu allen Formen der Herzerkrankung hinzutreten, am häufigsten findet sie sich bei Myodegeneratio und Atheromatose.

4. Sie beruht auf einer Ernährungsstörung im Gehirn und gehört in die Gruppe der Epilepsie in Folge von Gefässerkrankungen.

5. Eine unaufgeklärte individuelle Disposition scheint eine Rolle zu spielen.

6. Der Schlaf wirkt auf die Entstehung der epileptischen Anfälle in eigenartiger Weise ein.

* * *

Prof. Stepp (Nürnberg): *Zur Behandlung des Magengeschwüres.*

Die Durchführung der allgemein üblichen Behandlung des Ulcus mit Diät bei absoluter länger dauernder Ruhe stösst in der Privatpraxis auf häufig nicht überwindbare Hindernisse. Auch die FLEINER'sche Behandlung mit grossen Bismuthdosen ist gut nur im Krankenhause durchführbar. Vortragender übt seit einer Reihe von Jahren eine Behandlung, die sich ihm wohlbewährt hat, nämlich die Verabreichung von Chloroformwaseer: Chloroform 1·0, Bismuth. 3·0, Aq. 150·0, ein bis mehrere Gläser täglich; daneben eine entsprechende Diät; Bettruhe ist nicht erforderlich. Das Chloroformwasser vermeidet eine schädliche Einwirkung auf die Geschwürsfläche und übt zugleich einen leichten Reiz aus. Vortragender gibt eine Reihe von Krankengeschichten von zum Theil sehr schweren Fällen, in welchen seine Methode vorzügliche Resultate ergab. Eine nachtheilige Wirkung wurde nie beobachtet; niemals trat narkotische Wirkung ein.

Discussion: BOAS-Berlin wendet sich strenge gegen die Sondeneinführung bei Ulcus, welche FLEINER übt. Auch er wendet eine Behandlungsmethode an, welche Bettruhe nicht erfordert, nämlich die Argentum nitricum-Behandung (0·03/120·0; 3 mal täglich 1 Esslöffel).

In hartnäckigen Fällen leistet ihm die Abstinenzcur sehr gutes; bei 2—3 wöchentlicher reiner Rectalernährung bestehen die Patienten ganz gut.

Für die Diagnose des Ulcus legt er auf die Druckpunkte viel Gewicht; in ein Drittel der Fälle constant fand er einen Druckpunkt links von der Wirbelsäule in der Gegend des 10.—12. Brustwirbels.

Dr. SEILER-Dresden stellt die Diagnose Ulcus — welche viel zu häufig gestellt wird — nur, wenn ein Druckpunkt im linken Hypochondrium entsprechend der grossen Curvatur vorhanden ist und wenn er selbst eine Hämatemesis gesehen hat.

Prof. ROSENBACH-Breslau stimmt Dr. SEILER bei, dass man ein Ulcus nur da diagnosticire, wo ein Bluterguss mit Sicherheit auf den Magen bezogen werden kann. Auf die Druckpunkte ist wenig Gewicht zu legen; sie haben zu bestimmten anatomischen Läsionen keine Beziehung, sondern sind meist nervöse Symptome.

*) Nach den Berichten der Münchener med. Wochenschr.

Sitzung der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie am 12. September 1893.

Prof. Bumm (Würzburg): *Zur Behandlung der Sterilität der Frau.*

Für die Behandlung, die hiebei auf der Herstellung eines möglichst günstigen Verhältnisses für die Ueberleitung des Spermas in den Uterus beruht, empfiehlt Vortragender die Massage. Er unterscheidet hiebei folgende Arten der Anwendung derselben:

I. Palpationsmassage des Uterus und der Adnexe. Dieselbe wird ausgeführt wie die bimanuelle Untersuchung. Man sucht sich die einzelnen Abschnitte des Genitaltractus genau abzutasten; sie dient mehr zur Einübung der Patientin, auch werden dabei kleine Hindernisse, wie entzündliche Processe am Ovarium etc. beseitigt. Vortragender sah günstige Erfolge davon besonders bei der sogenannten Einkindsterilität.

II. Massage des Scheidengewölbes bei unwillkürlichem Abfluss des Spermas sofort nach dem Coitus (in manchen Gegenden werde zur Vermeidung einer Conception das Sperma willkürlich herausgepresst). Der Grund hiefür beruhe nicht in einer abnormen Schlaffheit des Beckenbodens, sondern in einer Kürze der vorderen Scheidenwand, Enge des Scheidengewölbes oder abnormen Thätigkeit der Bauchpresse. Bisher habe man dagegen angewandt die Tamponade der Scheide mit Gaze oder Watte, das Einlegen von BOZEMANN'schen Kugeln. Sicher sei dagegen mehr durch wochenlang fortgesetzte systematische Dehnung des Scheidengewölbes sowie durch Massage der Bauchdecken zu erreichen.

III. Massage der Cervixmucosa. Vielfach finden sich knorpelige Verdickungen der Cervixmucosa, harte Wülste ragen gleich Kämmen gegen das Lumen des Cervixcanales vor; mikroskopisch finden sich Retentionscysten und Bindegewebshyperplasien. Natürlich sind hiebei die Veränderungen der ganzen Cervicalportion wie Portiohyertrophie, Ektropium auszunehmen, die eine operative Beseitigung erheischen. Im anderen Falle dagegen leistet eine methodische Dilatation mit Laminariastiften oder instrumentellen Dilatatorien gute Dienste; nach 4—5 Wochen wird das Secret dünnflüssiger, die Härten schwinden.

Discussion: KALTENBACH weist auf die verschiedenen Gruppen der Indicationen und der Wirkungsweise der Massage bei Sterilität hin; so wird die Dehnung alter Adhäsionen besonders bei der sogenannten Einkindsterilität hauptsächlich dadurch wirken, dass die bei der ersten Geburt acquirirte Parametritis posterior beseitigt wird. Die Wirkungsweise der sogenannten Palpationsmassage beruhe wohl zumeist auf einer Beseitigung der sexuellen Anästhesie; doch müsse man gerade hiebei mit der grössten Vorsicht zu Werke gehen. Die Weite der Uterusöffnung allein sei für das Zustandekommen einer Conception nicht massgebend, sondern auch die Aspirationsfähigkeit des Uterus, die eventuell durch Kneten der Uteruswand gebessert werden kann. Die knorpeligen Veränderungen, welche den Mangel an Dehnbarkeit und Elasticität bedingen, finden sich nicht in der Cervixmucosa sondern in der Collumwand selbst.

---

61. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

Discussion über puerperale Septicämie.

Dr. Robert Barnes: Einführung in die Discussion: Wenn es sich um das Studium irgend welcher grossen Frage handelt, so ist man natürlich versucht, mit einer historischen Uebersicht des zu behandelnden Gegenstandes zu beginnen, aber die Zeit und das Bewusstsein, dass ich Ihnen in dieser Beziehung nicht mehr erzählen kann, als Sie selbst wissen, verbieten mir dies zu thun. Es genügt mir, in dieser Stadt, die wegen so mancher hervorragender Leistungen berühmt ist, eines ihrer berühmtesten Bürger zu gedenken, dessen Name gerade jetzt bei dieser Gelegenheit gefeiert wird. Ich brauche kaum zu sagen, dass es der Name JOHN ARMSTRONG's ist. Ich erinnere mich noch sehr wohl daran, dass sein Buch das erste medicinische Werk war, das ich las.

Lasset uns nun gleich zu unserem Gegenstande übergehen und uns die Frage vorlegen: «Was ist puerperale Septicämie?» Diese Frage wirft auch zu gleicher Zeit eine andere analoge Frage auf, nämlich die Frage: «Was ist puerperale Pyämie?» Diese Ausdrücke werden oft in einem willkürlichen und allgemeinen Sinne gebraucht.

Wenn wir die streng ethymologische Bedeutung dieser Bezeichnungen in Betracht ziehen, so verstehen wir natürlich unter Septicämie eine Vergiftung des Blutes durch putride oder sich zersetzende Massen, während wir unter Pyämie eine Vergiftung durch Eiter verstehen.

Wir begegnen hier einer Schwierigkeit, die sich häufig geltend macht, wenn es sich darum handelt, eine strenge Definition eines pathologischen Zustandes zu bilden. Können wir behaupten, dass sich putride Massen oder Eiter im Geburtscanale jemals ohne das Hinzutreten von Luft, oder wofern sie nicht durch eine andere Materie angeregt werden, bilden? Oder, um das Problem durch andere Worten auszudrücken — gibt es ein solches Ding wie eine wahre endogenetische puerperale Septicämie oder Pyämie? Ich bezweifle es.

Wenn wir nun fortfahren, diese Ausdrücke zu gebrauchen so müssen wir uns damit begnügen, sie in ihrer abstracten oder ethymologischen Bedeutung zu gebrauchen. Es ist bei weitem philosophischer und praktischer einen allgemeinen Terminus zu gebrauchen, wie z. B. puerperale Pyrexie oder Puerperalfieber, da diese Bezeichnung alle Formen der Blutstörungen in sich einschliesst, und die uns auch auf keine dogmatische oder absolute Theorie anweist, sondern die uns nur die Richtung unserer klinischen und pathologischen Analyse anzeigt.

Eine Definition oder eine unbewusste Sythese stellt zu oft ein blindes Durcheinanderwerfen unbekannter Factoren dar, während die Analyse eine rationelle Verfolgung der Wahrheit bedeutet, indem wir die zusammensetzenden Elemente derselben mit Sorgfalt zu erforschen uns bemühen.

Das Wochenbettfieber eine vermeidbare Krankheit.

Es ist nicht nöthig, die Nützlichkeit dieser Discussion zu begründen. Obgleich man diesem Gegenstande während der letzten fünfzig Jahre fortwährend die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt hat, und obgleich unsere Kenntnisse betreffend die Septicämie in ihren verschiedenen Formen sehr zugenommen haben, so kann doch nicht behauptet werden, dass die Anwendung dieses Wissens eine durchaus zufriedenstellende war. Puerperale Septicämie oder puerperales Fieber besteht noch immer und verursacht eine beklagenswerthe Mortalität. Eine cardinale Thatsache jedoch steht fest, nämlich die, dass allüberall dort, wo die Autorität und die Geschicklichkeit der Aerzte frei zur Geltung gekommen ist, die Mortalität im Wochenbett fast auf ein Minimum reducirt worden ist, und dass dort, wo dies nicht der Fall war, eine überaus grosse Mortalität im Wochenbett noch immer besteht. Ich will keine ausführlichen statistischen Daten anführen, um diese Behauptung zu rechtfertigen, es genügt die diesbezüglichen allgemeinen Schlussfolgerungen zu erwähnen. Dr. BOXALL*), der die diesbezüglichen Ziffern aus dem Physikatsamte bis auf die allerletzte Zeit anführt, hat uns das bestätigt, was bereits bekannt war, nämlich, dass die Mortalität im Wochenbett in England und Wales nicht erheblich abgenommen hat, dass das Puerperalfieber in der Provinz sogar zugenommen hat, während in den Spitälern der Erfolg, dem Puerperalfieber vorzubeugen, ein so überraschender war, dass es gar keinem Zweifel unterliegt, dass das Kindbettfieber zu den am meisten vermeidbaren Krankheiten gehört. Dr. WILLIAMS, aus Cardiff, der unlängst im Unterhause dafür eingetreten war, dass nur die diplomirten Hebammen zur Ausübung ihres Berufes zugelassen werden sollen, führte als Beleg für seine Forderung die Thatsache an, dass unter einer Bevölkerung von 13.000 Menschen 32 Frauen dem Puerperalfieber innerhalb von fünf Jahren zum Opfer fielen, und dass diese Calamität auf Rechnung der Unwissenheit und der Fahrlässigkeit der Hebammen kam, die in vielen Fällen die Krankheit

*) Lancet, Juli 1893.

von einer Patientin auf die andere Patientin übertrugen. Aehnlichen Erscheinungen begegnet man, wie wir wissen, nicht selten. Es folgt daraus mit aller Klarheit, dass man die geburtshilfliche Praxis derselben Controle unterwerfen müsse, wie es die ist, welche die Spitalpraxis so erfolgreich gestaltet hat.

So lange als Todesfälle in Folge von Puerperalfieber in den Mortalitätsstatistiken figurirt, so lange muss die Aufmerksamkeit der Aerzte und der Sanitätsbehörden auf diesen Gegenstand streng gerichtet sein. Ich glaube noch immer, dass die erste, rationellste und nützlichste Eintheilung der Ursachen des Puerperalfiebers die folgende ist:

1. Diejenigen Ursachen, welche in dem Individuum selbst entstehen, welche wesentlich das Product des puerperalen Processes sind.

2. Diejenigen Ursachen, welche ausserhalb der Kranken ihren Ursprung nehmen, und die ihr gewissermassen inoculirt werden.

Ich hatte ursprünglich die Ausdrücke «autogenetisch» und «heterogenetisch» gebraucht; die Ausdrücke «endogenetisch» und «exogenetisch» scheinen mir jedoch, streng genommen, correcter zu sein.

A. Endogenetische Septicämie

Die endogenetische Septicaemie lässt sich wie folgt beschreiben: Die Materie, die nach der Geburt vielleicht zuerst in das Circulationssystem übergeht, ist das flüssige Exsudat, zumeist ein seröses, in den uterinen und periuterinen Geweben. Die Quantität desselben ist oft eine beträchtliche, zumal wenn die Nieren nicht gehörig functioniren, wie z. B. in dem Falle von Albuminurie. Die zweite Materie, die absorbirt wird, ist VIRCHOW's «physiologisches Fett» das Entstehungsproduct der fettigen Verflüssigung der jetzt überflüssigen Gewebe. Ein drittes Moment bildet die Anhäufung der Milchsäure und anderer Producte der Muskelzersetzung, die sich als Folge der Arbeit während der Geburt geltend macht. Dieser Process ist ein streng physiologischer und dient dem Zwecke, das Vacum im Circulationssystem mit gesunder Materie auszufüllen und so die Milchsecretion zu befördern und das Einwandern ungesunder Stoffe abzuhalten. Dann kommt der Lochialausfluss in Betracht, der in der Uterushöhle und in der Vagina frei zu Tage liegt. Während ungefähr der ersten 24 Stunden besteht derselbe aus reinem Blut. Derselbe sollte seinen Weg nach Aussen nehmen, wenn er jedoch in dem Geburtskanal zurückgehalten wird, so kann er leicht absorbirt werden. Reines Blut ist sicherlich etwas ganz harmloses und kann sogar von wohlthuendem Einflusse sein.

Soweit kann weder von einem Gift noch von einer Sepsis die Rede sein; aber die absorbirte Materie muss auf eine der zwei folgenden Arten versorgt werden: 1. Sie muss den normalen metabolistischen Process durchmachen; sie wird so in der Bildung von neuem Gewebe und in der Secretion von Milch verbraucht; 2. der zurückbleibende Theil, der nicht so umgewandelt wird, muss durch die Excretionsorgane eliminirt werden. Nehmen wir nun an, dass dieser normale Vorgang hintangehalten wird. Die zurückgehaltenen Massen, da sie ihrer ihnen zukommenden metabolischen Veränderungen und Bestimmung entbehrt, gehen andere Veränderungen schädlicher Natur ein, die Fieber erzeugen. In diesem Falle haben wir somit den einfachsten Typus einer endogenetischen Septicämie.

Eine andere Form der endogenetischen Septicämie entsteht dann, wenn der Lochialausfluss, indem er in abnormer Art im Geburtskanal zurückgehalten wird, einer fauligen Zersetzung unterliegt und dann resorbirt wird. Diese Form ist mit der zweiten oder exogenetischen Form der Septicämie eng verwandt und geht leicht in dieselbe über. Es ist in der That in vielen Fällen schwer, einen wirklichen Unterschied zu treffen. Wenn Blut in dem Uterus bei Abschluss der Luft zurückgehalten wird, so wird kaum Fäulniss eintreten. Es unterliegt keinem Zweifel — und ich spreche aus genauer Erfahrung — dass Blut, welches lange in einem verschlossenen Uterus zurückgehalten wird, schädliche Veränderungen eingeht, und dass es, wenn dasselbe resorbirt wird, zur Enstehung einer Form von Toxämie Veranlassung gibt; aber es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen diesem streng endogenetischen Processe und demjenigen, in welchem die Luft freien Zutritt hat. In dem letztgenannten Falle kann die Luft Infectionskeime mit sich hineinbringen und auf einem günstigen Boden Fäulniss erzeugen. Hier haben wir es somit mit einer gemischten Form von endogenetischer und exogenetischer Septicämie zu thun.

B. Exogenetische Septicämie.

Dies führt uns zur zweiten Reihe der Fälle der exogenetischen Septicämie, in denen das Gift oder der Gift erzeugende Factor von aussen her in den Organismus hineingebracht wird, ein Gift, welches bei der puerperalen Constitution eine specielle Virulenz entwickelt.

Es ist in der That nicht immer leicht zwischen den verschiedenen Arten der endogenetischen und exogenetischen Formen am Krankenbette zu unterscheiden; aber diese Unterscheidung hat sowohl ihren praktischen, als wie auch ihren wissenschaftlichen Werth. Wenn wir die Wahrheit der Theorie anerkennen, dass es zwei grosse Quellen für das Puerperalfieber gibt, so sehen wir auch sofort ein, dass die Vorsichtsmassregeln sehr ausgedehnte sein müssen, um so jeder möglichen Quelle der Gefahr zu entgehen. Das einzig richtige Vorgehen besteht also darin, die Wöchnerin so weit vorzubereiten und zu kräftigen, dass alle endogenetischen Ursachen vermieden werden, und wenn dies erreicht ist, so werden wir auch dadurch sehr viel dazu beigetragen haben, dieselbe gegen die Invasion exogenetischer Ursachen zu schützen, und wenn es uns auch nicht gelingen kann, diese exogenetischen Factore abzuhalten, so werden wir auf jeden Fall ihre Virulenz dadurch reducirt haben, dass wir den Organismus möglichst in Stand setzen, diese schädlichen äusseren Ursachen zu bekämpfen.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Beiträge zur Kinderheilkunde.

Aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute in Wien.
Herausgegeben von **Prof. Dr. M. Kassowitz.**
Neue Folge IV. — 111 Seiten.
Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Den Inhalt des vorliegenden Heftes bilden eine Arbeit von H. BORAL «Studien über Kindertetanie», ein Vortrag von KASSOWITZ «Ueber Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung», zwei kasuistische Mittheilungen Th. v. GENSER's «Traumatische Schädelfissur, Rachitis tarda» und «Ein Fall von schnellendem Finger», ferner ein bereits in der Wiener medicinischen Wochenschrift veröffentlichter Artikel von KASSOWITZ «Ueber Stimmritzenkrampf und Tetanie im Kindesalter» und schliesslich eine Studie von L. ROSENBERG «Casuistische Beiträge zur Kenntniss der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie.»

Die fast die Hälfte des Heftes einnehmende Arbeit von KASSOWITZ über Stimmritzenkrampf und Tetanie ist eine in überaus scharfem Tone gehaltene, doch völlig sachliche Polemik gegen einen im vorigen Jahre erschienenen, dasselbe Thema behandelnden Artikel von Johann LOOS, dem Assistenten der Grazer Kinderklinik. Dieser Autor hat den Nachweis zu bringen gesucht, dass einerseits Laryngospasmus nichts Anderes sei, als ein Symptom der Tetanie und dass andererseits diese mit Rachitis in keinem causalen Zusammenhang stehe. Demgemäss zerfällt KASSOWITZ's Erwiderung in zwei Theile, der eine beschäftigt sich mit den Beziehungen des Laryngospasmus zur Rachitis, der zweite sucht den Zusammenhang von Stimmritzenkrampf und Tetanie unter einander und mit der Rachitis zu beleuchten.

Den Causalnexus zwischen Rachitis und Laryngospasmus, der bereits Gemeingut der Wissenschaft geworden war, bringt KASSOWITZ neuerdings in überzeugender Weise zum Ausdruck. Auf Grund eigener Beobachtungen und solcher anderer Autoren gelingt es ihm, ein erdrückendes Material für die von ihm seinerzeit aufgedeckte Thatsache zu bringen, dass Laryngospasmus fast immer mit ausgeprägter Rachitis, sehr häufig mit florider Schädelrachitis einhergehe und demgemäss durch die antirachitische Phosphorbehandlung auch binnen kurzer Zeit günstig beeinflusst werde. Der Behauptung

von Loos, dass er bei seinen Fällen von Stimmritzenkrampf Zeichen von Rachitis vermisst habe, geht Kassowitz dadurch kritisch zu Leibe, dass er unter den von Loos zur Stütze seiner Ansicht angeführten Krankengeschichten theils Angaben findet, welche zweifellos auf thatsächlich bestehende Rachitis hinweisen, theils für die Diagnose dieser Krankheit bezeichnende Symptome, so das Verhalten der Zähne in den Loos'schen Fällen, als fehlend hervorhebt.

In dem zweiten kürzeren Theil seiner Arbeit, welche die Beziehungen von Laryngospasmus zur Tetanie und diese zur Rachitis behandelt, kommt Kassowitz auf Grund einer angeführten Beobachtungsreihe zu dem Resultat, dass Stimmritzenkrampf wohl manchmal, durchaus aber nicht immer mit Tetanie vergesellschaftet sei, dass hingegen infantile Tetanie, ebenso wie wir es von Laryngospasmus wissen, in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle mit florider Rachitis zusammenhängt.

Eine Ergänzung dieser Untersuchungen Kassowitz's bietet die bereits im August des vorigen Jahres fertiggestellte Mittheilung Boral's «Ueber Kindertetanie.» Die Schlüsse dieser sorgfältigen das Ambulantenmaterial eines Jahres auf der Abtheilung Hochsinger bearbeitenden Publication decken sich vollständig mit den von Kassowitz selbst in obenerwähnter Arbeit ausgesprochenen Folgerungen. Von Interesse ist in Boral's Studie die Beschreibung einiger Fälle mit der von Kassowitz als «exspiratorische Apnoë» dem Laryngospasmus als Analogon zur Seite gestellten Krankheitserscheinung, für welche Boral einige recht instructive Beispiele angeführt bringt

In dem für die vorjährige Naturforscher-Versammlung in Nürnberg bestimmt gewesenen Vortrag Kassowitz's «Ueber Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung» begegnen wir den bekannten Ansichten des Autors über das Fehlen eines jeden Zusammenhanges von örtlichen oder allgemeinen Störungen mit dem Dentitionsprocess. Dass durch Darlegung dieser Thatsachen nicht, wie ihm vorgeworfen wurde, nur Bekanntes wiederholt und thatsächlich «der Wahn der Zahndiarrhoe, der Zahnkrämpfe, des Zahnhustens etc.» von den modernen Aerzten bereits abgestreift sei, sucht Kassowiz durch den Hinweis auf die gangbaren Lehr- und Handbücher der Kinderheilkunde, namentlich aber auf die in Frankreich, England, Italien noch vielfach geübte Scarification des Zahnfleisches bei «erschwerter» Dentition zu entkräften. Der formvollendet geschriebene Vortrag schliesst mit einem warmen Appell an die Aerzte auf Grund eigener, thatsächlicher Beobachtungen sich selbst von der Richtigkeit des dargelegten Standpunktes zu überzeugen.

Von beiden Mittheilungen Th. v. Genser's bietet diejenige über «Traumatische Schädelfissur, Rachitis tarda» wegen der Seltenheit des Falles (12jähriger Knabe mit verringertem Wachsthum, Knochendeformitäten, keine Zähne) und der sichtbaren Wirkung des Phosphor einen interessanten Beitrag zur Casuistik der Rachitis.

Die letzte Arbeit des Heftes, Rosenberg's «Casuistische Beiträge zur Kenntniss der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie» stammt aus dem von Freud geleiteten Nervenambulatorium des Instituts und reiht sich den massgebenden Publicationen, welche Freud allein und im Verein mit Rie über die cerebralen Kinderlähmungen veröffentlicht hat, als interessanter Beitrag an. Rosenberg zeigt an 4 Fällen, wie sich unter dem Bilde einer scheinbar genuinen Epilepsie Zustände verbergen können, welche bei genauerer Untersuchung deutliche Zeichen von cerebraler Kinderlähmung aufweisen, so dass den vorhandenen Krampfanfällen nur eine symptomatische Bedeutung zukommt. Die Epilepsie kann hiebei alle Formen, von schweren allgemeinen Krämpfen bis zum kaum erkennbaren «petit mal» annehmen, die motorischen Zeichen können sich von deutlicher halbseitiger Parese zu schwach angedeuteter Hypertonie der Beine abstufen.

Rosenberg spricht auf Grund seiner gründlichen Beobachtungen die anregende Vermuthung aus, dass möglicherweise eine jede «genuine» Epilepsie als Symptom einer Cerebrallähmung aufzufassen sei, bei der geringfügige motorische Erscheinungen keinen Ausdruck gefunden hätten.

Nicht direct in das behandelte Gebiet gehörig, aber nicht minder interessant ist ein sorgfältig beobachteter Fall in Rosenberg's Arbeit, bei welchem sich an einem 4jährigen Mädchen die Diagnose einer Hemiplegie in Folge von Embolie nach Endocarditis und Scharlach mit Sicherheit stellen liess.

Für die am Schlusse dieser Beobachtung ausgesprochene Ansicht des Autors, dass bei centralen Facialisparesen, eine mässige Betheiligung des oberen Astes eher die Regel als die Ausnahme ist, wäre freilich, nachdem dadurch eine allgemein giltige Regel umgestossen wird, eine auf mehr als den einen angeführten Fall sich beziehende Casuistik wünschenswerth gewesen. *J. Z.*

Mikroskopie und Chemie am Krankenbett.

Von **A. Lenhartz.**

Verlag von Julius Springer. Berlin 1892.

Ein Büchlein, das trotz des geringen Umfanges von nicht ganz 300 Seiten eine complete Darstellung sämmtlicher mikroskopischer und chemischer Methoden enthält. Auch die Ergebnisse der neuesten Forschungen finden ausgiebige Berücksichtigung, was besonders in den Capiteln über parasitäre Erkrankungen und Blutkrankheiten das Buch werthvoll macht. Dasselbe kann auch dem am Krankenbette wissenschaftlich forschenden Arzte als Leitfaden und Nachschlagebuch dienen. Für den Lernenden werden die präcise ausgearbeiteten diagnostischen Sätze eine angenehme Beigabe sein.

Die äussere Ausstattung ist das Beste, was bisher geleistet wurde. Insbesondere sind die colorirten Tafeln, die Bacterien und Blutbilder darstellen, an Naturwahrheit und Klarheit den Bildern, die man gewöhnlich in den Handbüchern zu sehen bekommt, weit überlegen. *F.*

Compendium der Augenheilkunde.

Für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. Paul Silex.**

Mit 48 Abbildungen.

2. vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

Die günstige Vorhersage, die wir dem Werkchen bei seinem ersten Erscheinen gestellt, ist eingetroffen, denn rasch ist eine neue Ausgabe nöthig geworden. Zahlreiche instructive Abbildungen, eine umfassende Darstellung der in letzter Zeit so zu Ansehen gekommenen Retinoskopie, sowie endlich eine detaillirte Receptur für die oculistische Praxis, erhöhen den Werth des Buches. *A. P.*

Zeitungsschau.

Aus dem Laboratorium der medicinischen Universitätsklinik zu Strassburg im E.

Thomas: Ueber die Erzeugung der Cholera von der Blutbahn aus und die prädisponirende Rolle des Alkohols. (Archiv für experimentelle Phathologie und Pharmakologie Bd. 32, 1. und 2. Heft 1893.)

Bekanntlich fallen die Versuche, die mit den Commabacillen an Thieren in der bis jetzt üblichen Weise angestellt werden, nicht ganz einwandsfrei aus. Es war daher erwünscht eine Methode auszubilden, die auch an Thieren richtige Choleraerscheinungen zu Stande bringen könnte. Als eine solche erwies sich dem Verfasser die intravenöse Injection von Commabacillen, die an Kaninchen am bequemsten, ohne Anwendung irgend welcher sonstiger Vorbereitungsmaassregeln, in die Ohrvene ausgeführt werden kann.

Die Versuche wurden an 30 Kaninchen ausgeführt, von denen die meisten nach 18—36 Stunden, 2 nach 3 Tagen, 2 andere nach 4 Tagen starben.

Es zeigten sich bei diesen Versuche folgende klinische Symptome: Durchfälle, Krämpfe, Algidität. Andererseits ergab die Section die characteristischen pathologisch-anatomischen Läsionen, die schwappenden Dünndärme mit Ekchymosirung der Schleimhaut und starker Injektion der Serosa und «Mehlsuppen-» oder Reiswasserinhalt. Endlich wurden in jedem Falle aus den Faeces die Commabacillen nahezu in Reincultur, in vereinzelten Fällen direct in Reincultur gewonnen.

Nach den Resultaten dieser Versuche zu urtheilen, scheint also ein Uebergang der Commabacillen von Blut in ein Secret oder vielmehr Excret, hier Darminhalt, stattgefunden zu haben. Diese Möglichkeit wurde und wird noch jetzt vielfach bestritten.

Während z. B. PERNICE und SCAGLIOSI dafür plaidiren, dass ein Uebergang der Bacillen von den Blut- oder Lymphbahnen in Galle und Harn stattfindet, behauptet WYSSOKOWITSCH, dass physiologischer Weise, bei normaler Leber, Niere und intactem Darm die Bacillen in die Galle, den Harn und Darminhalt nicht übertreten können. Verfasser versuchte nun diese Controverse einer Lösung zuzuführen.

In einer Versuchsreihe wurden nicht tödtliche Dosen von Commabacillen in die Ohrvene gesunder Kaninchen injicirt und die Thiere zu verschiedenen Zeiten nach den Injectionen getödtet.

Die Gallenblase und der Darm wurden unter allen Cautelen geöffnet und Proben auf Bacillen überimpft.

In einer zweiten Versuchsreihe wurde den Kaninchen eine Ductus choledochus-Fistel angelegt, eine Glascanüle mit Kautschukröhrchen in den doppelt unterbundenen und in der Mitte durchtrennten Ductus eingeführt und vor und nach der Injection der Commabacillen Gallenproben entnommen.

Es stellte sich daher heraus, dass bei Applikation von nicht tödtlichen Dosen die Thiere ohne Choledochusfistel keine, mit Fistel schon 1/2 Stunde Commabacillen in die Galle übertreten liessen und dass die Anwendung von tödtlichen Dosen unter allen Umständen, mit oder ohne Fistel, einen Uebertritt der Bacillen in die Galle zur Folge hatte.

Bei der Section der Thiere mit Fistel wurden auch im Darminhalte, trotz des completen Verschlusses des Ductus Choledochus gegen das Duodenum Commabacillen durch Culturen nachgewiesen. Somit ist der Beweis erbracht, dass die Bacillen sowohl durch die Galle als auch direct durch die Darmwandung in den Darminhalt gelangen können.

Während der Choleraepidemien erkranken in der Regel leichter diejenigen Leute, die sich Excessen in geistigen Getränken hingeben. Daran anknüpfend versuchte Verfasser durch das Thierexperiment die prädisponirende Rolle des Alkohols nachzuweisen. Diese Versuche wurden an 11 Kaninchen angestellt.

Es wurde alkoholisirten und normalen Kaninchen eine und dieselbe nicht giftige Dosis von Commabacillen injicirt. Es zeigte sich, dass die alkoholisirten Kaninchen zu Grunde gingen und dass der Darminhalt und das Blut derselben Commabacillen enthielt, während das normale Kaninchen bei derselben und selbst bei höherer Dosis am Leben blieben.

Bei der Section der alkoholisirten Kaninchen waren die Dünndärme schwappend und mit characteristischem rahmartigen Inhalt gefüllt, die Serosa lebhaft injicirt. In den Faeces war der Commabacillus in nahezu Reincultur vorhanden.

Die vorstehenden Versuche ergaben folgende Resultate:

1. Der Commabacillus ist im Stande beim Kaninchen auch bei Injection in die Blutbahn typische Cholera zu erzeugen.

2. Der Commabacillus tritt vom Blut in die Galle und den Darminhalt über:

a) bei Anwendung von tödtlichen Dosen.

b) Bei operativem Eingriff in die Gallenwege.

3. Der Alkohol spielt die Rolle eines mächtigen Adjuvans, indem er die Prädisposition für die Cholerainfektion bis ungefähr auf das 6fache steigert, nicht nur durch die Beeinträchtigung des Stoffwechsels und der cellularen Funktionen und durch die Erschlaffung der Gefässe, sondern auch besonders durch die Schwächung der bactericiden Fähigkeit des Blutserums. *Rdt.*

Prof. Max Schüller (Berlin): **Untersuchungen über die Aetiologie der sogen. chronisch-rheumatischen Gelenksentzündungen.** (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 36, 1893.)

Verfasser hat schon in einer früher erschienenen Arbeit über die chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen mitgetheilt, dass er in der chronisch entzündeten Synovialis sowie in dem Gewebe der entzündlich hyperplastischen Gelenkzotten stäbchenartige Gebilde (Bacillen) mit zwei glänzenden Polkörnchen gefunden.

Er hat seitdem Stichimpfungen aus bis dahin noch nicht punktirten oder eröffneten Gelenken bei Affectionen geringeren und schwereren Grades vorgenommen und hiebei den Einstich nach aseptischer Säuberung des betreffenden Gelenkes mit einer von ihm konstruirten, (in einem von ihm angegebenen Sterilisationsapparat) sterilisirten, mit einem genau passenden Stachel versehenen Hohlnadel ausgeführt, woran sich sofort die Impfung in bereitgehaltene Nährgelatine anschloss. Die kleine Stichstelle heilte unter einem antiseptischen Verband stets anstandslos per primam.

Bei diesen Impfungen entwickelten sich immer dieselben kurzen Bacillen, welche Verfasser bei seinen histologischen Untersuchungen in Schnittpräparaten gefunden hatte.

Mit diesen Culturen stellte nun Verfasser verschiedene Thierversuche an und zwar erwiesan sich Kaninchen hiezu am besten geeignet.

Kleine Mengen (etwa 0·1) in das Kniegelenk unter aseptischen Massregeln injicirt, bewirkten nur eine geringe, nach einigen Wochen zurückgehende Anschwellung, grössere Mengen (0·5—1·0) verursachten eine dauernde Gelenkentzündung mit Auftreibung der Gelenkkapsel. Stichimpfungen aus diesen Gelenken ergaben wieder dieselben früher erwähnten kurzen Bacillen.

Nach der Tödtung der Thiere fand sich im Gelenk niemals Eiter, nur wenig leicht getrübte Synovia, dagegen an vielen Stellen der Synovialis theils blassrothe, theils bräunliche dendritisch verzweigte Gelenkzotten, an den Knorpelrändern auch derbe, mehr weisslich gefärbte blattförmig oder fingerförmig auseinanderstehende Zotten mit kolbigen Enden. Die Synova und auch die Zotten, welche den Charakter chronisch entzündlicher Hyperplasien der obersten Zelllagen der Synovialis hatten, enthielten Bacillen. In den anderen Gelenken war nichts Abnormes. Die inneren Organe zeigten keine Erkrankungserscheinungen.

Die Gelenkentzündung dieser Thiere zeigt im Kleinen ein ganz ähnliches Bild, wie es die chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen mit Zottenbildung beim Menschen gewähren. Es ist also wohl der Schluss gestattet, dass die erwähnten Bacillen zu diesen Gelenkentzündungen auch beim Menschen in ursächlicher Beziehung stehen.

Bezüglich der morphologischen Eigenschaften der Bacillen gibt Verfasser an, dass dieselben kurze, plumpe Stäbchen mit einer mittleren seichten Einschnürung und glänzenden Polkörnchen darstellen. Diese letzteren scheinen eigenthümlich beschaffene Protoplasmagebilde zu sein, in welchen sich die Sporen entwickeln. Die Bacillen haben eine Länge gewöhnlich von 2·62 μ und eine Breite von 0·75—0·99 μ und färben sich leicht, am besten mit Carbolfuchsin. Von den Tuberkelbacillen sind sie leicht durch Form, Farbenreaction, Wachsthumsverhältnisse zu unterscheiden.

Verfasser beschreibt hierauf das Wachsthum der Bacillenculturen auf den verschiedenen Nährböden und bemerkt zum Schluss, dass nach den obigen Untersuchungen, welche die Entstehung der chronischen Gelenkentzündungen mit Gelenkzotten-Hyperplasien durch die beschriebenen Bacillen wahrscheinlich machen, diese Entzündungen, die bisher als rheumatische mit dem acuten Gelenksrheumatismus in Beziehung gebracht wurden, nunmehr von demselben, bei dem man bacteriologisch gewöhnlich nur Eitercoccen gefunden, als besondere Gruppe zu trennen seien und dass also, wenn acuter Gelenksrheumatismus vorausgegangen, dieser gewissermassen nur den Boden für die chronische Gelenkentzündung vorbereitet, eine Disposition hiefür geschaffen habe. *B. S.*

Dr. H. Hildebrandt (Elberfeld): **Zur Frage nach dem Nährwerth der Albumosen.** (Zeitschrift für Physiologische Chemie Bd. XVIII, Heft 2, 1893.)

In einer früheren Arbeit[1]) hat Verfasser bereits über einige orientirende Thierversuche bezüglich des Nährwerthes eines Albumosen-Präparates[2]) Mittheilung gemacht.

[1]) Verhandlungen des XII. Congresses für Innere Medizin zu Wiesbaden (April 1893).

[2]) Zu den Versuchen benutzte Verf. ein in den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer u. Co. hergestelltes Präparat, welches wesentlich aus Deutero- und Heteroalbumosen besteht; es gelangt als «Somatose» in den Handel.

Es erschien werthvoll, einen exacten Stoffwechselversuch am gesunden Menschen auszuführen, um gleichzeitig zu erfahren, wie bei Ersatz einer grösseren Menge Fleisch-N durch Albumosen-N das subjective Befinden der Versuchsperson beeinflusst würde.

Als Versuchsperson diente ein im 28. Lebensjahre stehender Mann, muskulös und ohne Fettpolster, dabei als zuverlässig bekannt.

Aus den Zahlen einer der beigegebenen Tabelle ist ersichtlich, dass die Quantität des täglich durchschnittlich ausgeschiedenen Harnes während der Albumosenperiode abgenommen hat; seine Concentration ist in derselben Periode höher als in den anderen.

Es hatte in den Albumosenperioden ein etwas geringerer N-Ansatz stattgefunden als in den Fleischperioden.

Mit den gefundenen Werthen der N-Bilanz geht das Körpergewicht der Versuchsperson nicht parallel; vielmehr bleibt während der ersten Fleischperiode ihr Gewicht das gleiche (67·250 *kg*), in den Albumosenperioden steigt es auf 67·800 bezw. 68·000 *kg*, um im Laufe der folgenden Fleischperiode wiederum auf 67·700 *kg* zu sinken. Wiewohl also der Organismus in den Albumosenperioden eine geringere Menge N-haltiges Material zurückbehält, erfährt er doch an Gewicht noch einen Zuwachs. Es wäre denkbar, dass hieran eine bessere Ausnutzung der Kohlehydrate einen Antheil habe; es konnte dieser Frage durch Bestimmung der Gesammtmenge der im Kothe ausgeschiedenen Kohlehydrate näher getreten werden; doch wurde dies unterlassen, da die Frage nur sekundäres Interesse bot. Am nächsten liegt die Annahme, dass die Albumosen einen höheren Werth repräsentiren als die N-haltigen Bestandtheile des Fleisches. Diese Deutung wird auch gestützt durch die Angabe der Versuchsperson, dass sie sich kräftiger und gesättigter fühle als in der vorangegangenen Periode; in der letzten Fleischperiode machte sich hingegen ein Gefühl der Mattigkeit geltend.

Es hat, wie andere Versuche des Verfassers erweisen, demnach während der subcutanen Darreichung der Albumosen ein Stillstand der Körpergewichtsabnahme stattgefunden, der, wie es scheint, auch noch in der nächstfolgenden Periode sich bemerkbar macht. Ein später an demselben Versuchsthier bei gleicher Ernährung — aber mit ausschliesslich innerlicher Darreichung der Albumosen — angestellter Versuch ergab, dass unter sonst gleichen Verhältnissen die Gewichtsabnahme eine wesentlich grössere ist.

Das Versuchsergebniss stimmt so auffallend mit den am Menschen gewonnenen hinsichtlich das Verhaltens des Körpergewichts überein, dass man in der That auch hier die höhere Werthigkeit des subcutan verabreichten Albumosen-N und Fleisch-N bezüglich des Nährwerthes zur Erklärung in Anspruch nehmen darf.

Dr. E. Monin. (Paris): **Die Hunyadi János Bitterquelle in der Frauenheilkunde.** (Publication der Société d'Editions scientifiques 1893).

Mit Vorliebe lässt man die Frauenpathologie durch die Affectionen des Uterus und seiner Adnexe beherrschen. In Wirklichkeit jedoch verhält es sich nicht so. Die weiblichen Geschlechtsorgane stehen oft (öfter als man dies gewöhnlich annimmt) unter der krankhaften Abhängigkeit der Chlorose, der Constipation und der Nervosität. Der Praktiker weiss es schon seit Langem, dass er in dem natürlichen ungarischen Bitterwasser ein sicheres Mittel besitzt, um die venöse Circulation des Abdomens im Allgemeinen und jene des kleinen Beckens und der Uterusligamenta im Besonderen zu entlasten. Auf diese Weise eben bekämpfen wir alle Tage die venöse Dyskrasie, die das kritische Alter, gleichwie der Schatten den Körper, begleitet.

Weniger bekannt ist die Thatsache, dass bei der Chlorose und den Metropathien die Thätigkeit des Splanchnicus derart modificirt erscheint, dass nicht allein die glatten Muskelfassern in einen Contractions- oder Lähmungszustand verfallen, sondern dass auch die Verdauungssäfte allmählig von der physiologischen Norm sich entfernen: die Appetitlosigkeit, die Gastralgie, die Koprostasis und der Tympanismus sind die Folgen davon. Indem der Magen nicht mehr gut functionirt, ist die Blutbildung eine schlechte und die Ernährung liegt darnieder. Die Epigastralgie und die Darmstörungen hängen mit diesem allgemeinen Kräfteverfall zusammen. Hervorragende Gynäkologen (insbesondere CORDES und SANDERET) stimmen darin überein, dass Hunyadi János vor Allem gegen diesen schädlichen Zustand der Völle der Gefässe nützt, der so häufig beim weiblichen Geschlechte anzutreffen ist, und dessen Symptome der Plethora gleichen würden, gäbe es nicht schlaffe, kraftlose Muskeln, blasse Schleimhäute, abnorme cardio-vasculäre Geräusche . . . .

Man verabreicht dieses natürliche Abführmittel so oft sich Unvollkommenheit der Verdauung, gastro-intestinale Störungen constatiren lassen: eine entzündliche Rückwirkung auf das kleine Becken ist nicht zu befürchten; auch wird daraus eine Abschwächung selbst bei jenen Patientinnen nicht resultiren, die dem physiologischen Zusammenbruche nahe sind oder sich in einem Zustande latenter Tuberkulose befinden.

Es ist also von grossem Werthe, wenn man bei Metritiden, Salpingo-Ovaritiden, etc. den hyperämischen Zustand abzuwenden, die katarrhalischen Erscheinungen zu unterdrücken, den parenchymatösen Schwellungen und den plastischen Exsudaten ein Hinderniss entgegenzustellen vermag. Wie unerlässlich wird aber diese Wirkung im Klimacterium, oder nach schweren Operationen, oder endlich post partum und post abortum! Einzig und allein auf diese Weise werden wir in den Stand gesetzt, gewissermassen die infectiösen Wurzeln der Metropathien abzureissen, und den späteren Beckeneiterungen zuvorzukommen: darin stimmen auch DEPAUL und COURTY überein.

Selbst angesichts der noch heute herrschenden wenig conservativen Richtung der praktischen Gynäkologie erweist demnach das Hunyadi János-Wasser täglich dem Kliniker ausgezeichnete Dienste.

Was den Chirurgen anlangt, so vermöchte auch er nicht dieses so bequeme Heilmittel zu entbehren, wenn er die Modification des postoperatorischen Terrains und die Prophylaxe einer visceralen Autointoxication sich gegenwärtig hält. Eine milde und regelmässige Purgirung wird die Gasentwicklung verringern, die zerfallenen Epithelien und die pathogenen Bacterien eliminiren und dem Entstehen der sogenannten uterinalen Dyspepsie einen Damm entgegensetzen, die einzig und allein aus congestiven Zuständen oder gastro-intestinalen Dilatationen hervorgeht, und die, wenn vernachlässigt, zu Entzündungen aller Art Anlass geben kann.

Diese Studie, oder besser diese allgemeinen Bemerkungen würden unvollständig sein, wenn ich nicht hier auf die gastrohepatische Congestion aufmerksam machte, die so häufig die Uteruskrankheiten begleitet, wie dies SCHRÖDER in Deutschland und JOUIN in Frankreich erkannt und erklärt haben.

Von der Leber und vom Plexus solaris gehen häufig die Hypochondrie, die nervöse Reizbarkeit, die reflectorischen hysteriformen Zufälle aus. In diesem Sinne konnte auch BICHAT schreiben: «Das Abdomen ist der Sitz von depressiven Affecten».

Indem die durch das Hunyadi János-Mineralwasser unterhaltenen Ableitungen auf den Darm die Entlastung des venösen Systems in der Leber (*vena portarum, porta malorum*) fördern, werden sie den grossen Nutzen haben, die von der weiblichen Nervosität abhängenden krankhaften Epiphänomene wett zu machen. Ist denn aber die Bekämpfung de rNervosität nicht gleichbedeutend mit der Heilung oder Linderung der Hälfte der Leiden, die das Leben der Frau vergällen?

Wir wollen uns jedoch auf die Genitalsphäre beschränken, und wir resumiren das oben Gesagte dahin, dass die Koprostase auf die weiblichen Genitalorgane die beklagenswerthe Folge hat, die passive und chronische Congestion aller im kleinen Becken eingeschlossenen Organe herbeizuführen. Vielen Dysmenorrhoën, vielen Uterusläsionen liegt ja nur diese Ursache zu Grunde! Eine grosse Anzahl Parametritiden, schmerzhafter Retrodeviationen sind einzig auf die Stuhlverstopfung zurückzuführen!

Die salinische Abführmethode bietet, wie schon REQUIN hervorhob, ihre mächtigen Behelfe bei der Behandlung verschiedener Leiden dar: Das Misstrauen und die Missachtung, die Einige dieser Behandlungsmethode entgegenbringen möchten, werden niemals, weder mit der Erfahrung noch auch mit der Theorie selbst, wie systematisch auch diese vorausgesetzt werden mag, in Einklang zu bringen sein.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Wien. Allgemeine Poliklinik. Vor einer stattlichen Anzahl von Zuhörern hielt Prof. Chiari am 9. d. M. seine Antrittsvorlesung an der allgemeinen Poliklinik, wo er an Stelle des weiland Regierungsrath Professor Schnitzler zum leitenden Vorstand der laryngologischen Abtheilung berufen wurde. Prof. Chiari gedachte zu Beginn der Vorlesung eingehend der wissenschaftlichen Stellung Schnitzler's, des mächtigen Einflusses, den derselbe als Forscher und Lehrer auf die Vervollkommnung der Laryngologie geübt hat. Als Lehrer war Schnitzler in der ganzen Welt gekannt; Beweis hiefür bildet die enorme Anzahl seiner Schüler, welche aus allen Ländern zu ihm strömten, und ihm sicher ein pietätvolles Andenken bewahren werden. Nachdem Chiari die wissenschaftlichen Arbeiten Schnitzler's und ihren Einfluss auf die Laryngologie eingehend besprochen hatte, hob er die ganz besonderen Verdienste Schnitzler's um die Schaffung der allgemeinen Poliklinik hervor, eines Lehrinstitutes, das seines Gleichen nicht in der ganzen Welt findet. «Ohne Schnitzler's Bemühungen und langdauernde Kämpfe gegen manche von Verwirrtheit ergriffene Elemente, sagte Chiari, wären wir gar nicht in der Lage, an dieser Stelle zu unterrichten, an einer Stätte, wo, wie sich Alle überzeugen können, für Alles gesorgt ist, was ein zum Gedeihen führender Unterricht nur erheischen kann.» Zum Schlusse der ergreifenden Worte Chiari's erhoben sich alle Anwesenden zum Zeichen der Pietät für den ausgezeichneten Mann, der auf der Höhe seines unvergesslichen menschenfreundlichen Wirkens hinscheiden musste.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Die in der letzten Woche (3.—10. October Früh) aus Galzien eingelangten Anzeigen über Choleraerkrankungen weisen einen sehr bedeutenden Rückgang der Seuche nach. In der vorausgegangenen Woche waren aus 29 Gemeinden 129 Neuerkrankungen und 74 Todesfälle angezeigt worden, in der Berichtswoche ist die Zahl der inficirten Gemeinden auf 23, jene der Neuerkrankungen auf 82, die der Todesfälle auf 41 zurückgegangen. Von letzteren entfielen 5 auf Kranke, die in früheren Wochen ausgewiesen waren. Es hat sich somit nicht blos die Zahl der Erkrankungen und die Zahl der verseuchten Gemeinden vermindert, sondern es ist auch der Charakter der Erkrankungen ein milderer geworden, und ist die Lethalitätsziffer gesunken, Momente, welche auf eine baldige Tilgung der Seuche hoffen lassen. — Deutsches Reich. In Hamburg nimmt sowohl die Zahl der beobachteten Cholerafälle, wie die Intensität derselben ab. Vom 23. September bis 3. October kamen 42 Neuerkrankungen und 27 Todesfälle zur Anzeige. Am 2. und 3. October ereignete sich kein neuer Erkrankungs-, am 3. October kein Todesfall. Die Krankheit trat in verschiedenen Stadttheilen auf, in keinem derselben bildete sich bisher ein Choleraherd. — Niederlande. In der letzten Septemberwoche wurden aus 30 Orten Cholerafälle angezeigt, darunter aus Rotterdam und Gorimchen je drei tödtliche Erkrankungen. — Frankreich. In Brest kamen am 5. October 6 Choleratodesfälle vor. Im Departement Finistère hat die Krankheit eine ziemlich weite Verbreitung erlangt. Die Zahl der Todesfälle beträgt bisher mehrere Hundert. Weitere Seuchengebiete bestehen in der Vendée und in den Departements Pyrénées orientales und Alpes basses. — Spanien. In der Provinz Vizcaya sind amtlichen Berichten zu Folge zwischen 4. und 22. September in 19 Gemeinden 198 Personen an Cholera erkrankt und 77 gestorben. Madrid den 3. October 37 Erkrankungs- und 7 Todesfälle. — Italien. In Neapel ist die Choleraepidemie nahezu erloschen. Dagegen hat die Epidemie in Palermo und Livorno in letzter Zeit Fortschritte gemacht. — Russland. Die Choleraepidemie zeigt einen nicht zu verkennenden Rückgang namentlich in den im Innern des Landes gelegenen Gouvernements, in den westlichen aber war noch in der Zeit vom 8.—19. September eine erhebliche Steigerung der In- und Extensität bemerkbar. — Rumänien. Der Stand der Cholera hat in der Woche vom 25. September bis 1. October der Vorwoche gegenüber keine wesentliche Aenderung erfahren.

* Hamburg. Der soeben erschienene Bericht des Medicinalinspectorats über die medicinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1892 ist in Folge der Angaben über die vorjährige Cholera besonders interessant. Während die Bevölkerung Hamburgs sonst um 2·6% bis 4·6% zugenommen hatte, nahm dieselbe 1892 um 2808 Personen ab. Offenbar ist diese Erscheinung sowohl durch den wirthschaftlichen Rückgang wie durch die schwere Choleraepidemie zu erklären. Der Zuzug von aussen, welcher schon im Anfang des Jahres ein sehr geringer war, hörte nach dem Ausbruch der Cholera ganz auf, während der Abzug entsprechend zunahm. Dazu kommt die hohe Zahl der Gestorbenen; auch die Temperaturverhältnisse waren nicht normale. Die Choleraepidemie dauerte vom 16. August bis 12. November. Es erkrankten in dieser Zeit 16.965 und starben 8605 Personen. Dem Alter nach vertheilten sich diese Erkrankungen folgendermassen:

In den Jahren:	Erkrankungen:	Todesfälle:
0— 1	697	626
über 1— 2	624	490
» 2— 3	432	289
» 3— 4	348	219
» 4— 5	297	175
» 5—15	1731	776
» 15—25	1959	744
» 25—50	7127	3520
» 50—70	2002	1369
» 70	486	376
Unbekannt	1253	21

Die Tabelle zeigt eine bedeutende Widerstandsfähigkeit der Jahre 5—25, das Zunehmen der Erkrankungen bei steigenden Jahren und vor allem die grosse Empfänglichkeit der Kinder, zumal in den ersten beiden Lebensjahren. Ferner constatirt der Bericht an anderer Stelle, dass sehr viele Alkoholisten der Krankheit erlegen sind. Auf Schiffen erkrankten 387 Personen, von denen 171 starben. Nach dem Einkommen vertheilen sich die Cholerafälle folgendermassen:

Einkommen	erkrankt	gestorben
von 600— 800 Mk	1575	873
» 800— 1000 »	3264	1772
» 1000— 2000 »	4396	2425
» 2000— 3500 »	685	385
» 3500— 5000 »	243	135
» 5000—10000 »	175	88
» 10000—25000 »	60	32
» 25000—50000 »	20	13
über 50000 Mk.	5	4

Von den Erkrankten hatten ferner 3347, von den Gestorbenen 1648 ein Einkommen von unter 600 Mk., während für 3168 bezw. 1226 das Einkommen unbekannt war. Es folgen sodann Zusammenstellungen über die Nachepidemie vom December bis Februar 1893, bei der 64 Fälle constatirt wurden, von denen 17 tödtlich verliefen. Der Bericht schliesst mit folgenden Worten: Ohne Zweifel ist Hamburg durch die Cholera mehr gefährdet als viele andere Orte. Zu den ständigen Gefahren, die das Elbewasser der Stadt Hamburg bringt, sind im letzten Sommer noch besonders hinzugetreten: der aussergewöhnlich niedrige Elbewasserstand, der eine kräftige, das Wasser erneuernde Ebbe ausschloss und ein Hinaufströmen des Hafenwassers zu den Schöpfstellen der Stadtwasserkunst begünstigte, das Vorherrschen von Durchfällen und Brechdurchfällen zur Zeit der Einschleppung, durch welche die individuelle Disposition gesteigert wurde, die grosse Dürre und Hitze des Jahres und der aussergewöhnliche Salzgehalt des Wassers. Nie aber hätte die Cholera die Ausdehnung gewinnen können, die sie erreicht hat, wenn die Assanirung der Stadt in Bezug auf das Trinkwasser schon vollendet gewesen wäre. (Allg. med. Central-Zeitung Nr. 81, 1893.)

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 22. October 1893. Nr. 43.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau", I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Soll man bei tuberkulösen Frauen die Schwangerschaft künstlich unterbrechen?

Von

Prof. E. Maragliano, *)

Vorstand der Medicinischen Klinik an der Universität zu Genua.

Die neuen Kenntnisse über die Pathologie und Klinik der Lungentuberkulose, erfordern einen neuen Gesichtspunkt bei der Beurtheilung des ferneren Schicksals einer tuberkulösen Frau im Zustande der Schwangerschaft.

Als man der Ueberzeugung huldigte, dass ein an Tuberkulose erkrankter Mensch unrettbar verloren sei, wandte der Arzt seine Aufmerksamkeit, indem er sich zum Interpreten und Vertreter der grausamen socialen Forderungen aufwarf, mit Vorbedacht von der Mutter ab, um sich nur mit dem Foetus zu befassen. Er wusste, dass für gewöhnlich gleich nach erfolgter Geburt der Zustand der armen Wöchnerin sich rasch verschlimmern, und dass höchstwahrscheinlich der Tod noch während des Puerperium eintreten würde. Er wusste auch, dass wenn es auch nicht zu diesen äussersten Folgen käme, die Schwangerschaft doch den Gang und Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflussen und dadurch das Leben gekürzt werden würde. In diesem Falle wäre ja ihr Schicksal gleichfalls besiegelt!

Wäre es denn heutzutage möglich in dieser Weise zu argumentiren? Fürwahr, nein!

In der Reihe der tuberkulösen Individuen gibt es eine gewisse Anzahl Kranker, deren Leben eine unbestimmte Dauer haben kann und bei welchen man Heilungen beobachtet, die, wenn man sie auch vorsichtshalber als provisorisch bezeichnen muss, dennoch nicht selten thatsächlich endgiltig sind.

Wenn es nun so ist — und Niemand könnte heute das Gegentheil behaupten — dann muss sich der Praktiker gegenüber jeder tuberkulösen Schwangeren die Frage stellen: Soll die Schwangerschaft dieser Frau respectirt werden? Und die Antwort darauf muss aus der genauen Prüfung sämmtlicher auf den Fall anwendbaren prognostischen Elemente hervorgehen.

Die Prognose ist um so günstiger, je mehr die Tuberkulose circumscript erscheint und je mehr sie als solche älteren Datums ist. Und gegenüber einem tuberkulösen Processe, der erst seit Kurzem sich manifestirt hat, ist der Kliniker berechtigt mehr im Zweifel zu bleiben als gegenüber jenem, der seit längerer Zeit dauert und dabei einen stationären Charakter aufweist. Ich bestehe entschieden auf eine solche Unterscheidung, denn in der Praxis hat sich der beklagenswerthe Usus breit gemacht, eine circumscripte Tuberkulose als incipiens zu bezeichnen, ohne sich dabei um den Zeitpunkt ihres ersten Auftretens zu bekümmern.

Das soeben angeführte Grundkriterium erhält dann eine Stütze durch einige andere Daten, wie: Die guten allgemeinen Bedingungen, die physiologische Functionirung der Digestionsorgane, der Mangel an Neigung zu örtlichen Reactionserscheinungen, fieberloser Zustand.

Je zahlreicher nun die Daten für eine günstige Prognose sind, desto mehr ist die chirurgische Intervention indicirt und demnach die gewaltsame Unterbrechung der Schwangerschaft. Und diese Intervention wird um so nützlicher sein, je versprechender das Aussehen der tuberkulösen Schwangeren ist. Aber hierin liegt das Uebel, ich möchte fast sagen das Verhängniss, das auf jenen Unglücklichen lastet, die an Tuberkulose leiden, denn gleichwie die Patienten durch den guten Allgemeinzustand leicht bestimmt werden, von Vorsichtsmassregeln und von jeder Behandlung abzusehen, und zwar, wenn es noch Zeit dazu ist, schaffen sie allerlei Hindernisse der Verwirklichung eines Abortus oder eines künstlich hervorgerufenen Partus.

Diese Hindernisse pflegen nicht allein von den Familien, sondern auch von den Aerzten und vor Allem von den Geburtshelfern auszugehen. Die Patientin lehnt einen Eingriff ab, da es ihr schwer fällt, sich die erhofften Mutterfreuden so jäh zerstören zu lassen, es widersetzt sich der Gatte, der froh ist, seine Nachkommenschaft gesichert zu sehen, es schwankt der Arzt in seinem Beschlusse, da er, gegenüber den beruhigenden

*) Nach der «Gazzetta degli Ospitali» (Nr. 103 vom 30. September 1893) mitgetheilt von A. del Torre.

günstigen äusseren Zeichen, nicht daran denken will, dass es sich wirklich um eine Tuberkulose handelt, und da er, wenn er auch eine solche Krankheit als thatsächlich existirend annimmt, immerhin hoffen darf, dass in dem besonderen Falle die Schwangerschaft leicht überstanden werden wird; aber auch der Geburtshelfer gibt nicht seine Zustimmung, indem er sich für berufen hält, die neuen Existenzen, die sich im Mutterleibe entwickeln, um jeden Preis zu schützen.

Aber alle sind im Irrthum, trotz der Ehrlichkeit der Absichten, von welchen sie geleitet sind. Die hauptsächlichste Verantwortung lastet auf dem Hausarzte, und zwar sowohl wenn er rücksichtlich der Diagnose hin- und herschwankt, als auch wenn er die Hoffnung von der Unschädlichkeit der Schwangerschaft hegt.

Es ist möglich, dass eine Tuberkulose übersehen wird, da sie sich in einem completen latenten Zustande befindet. Gegenüber Zeichen jedoch, die auf eine umschriebene Tuberkulose hinweisen, darf der Arzt keine schwankende Haltung bewahren.

Man hat einen Kranken vor sich, der wohl, für gewöhnlich an einer Lungenspitze, selten an beiden Lungenspitzen, die Erscheinungen einer circumscripten Bronchiolitis darbietet. Man hört hie und da ein Pfeifen und die Exspiration ist ein wenig prolongirt. Ein anderes Mal ist das Athmungsgeräusch stark; feuchte Rasselgeräusche sind nicht vorhanden, oder wenn sie existiren, so sind sie nur spärlich und sehr variabel Der Kranke hat wohl ein wenig Husten: diese Erscheinung dauert schon zwei, drei und noch mehr Monate, aber schliesslich hat die Verabreichung irgend eines Balsamicum genügt, um zeitweise den Husten zu lindern. Der Appetit hat nicht nachgelassen, oder hat nur wenig abgenommen, der Ernährungszustand erhält sich gut, endlich hat man die Sputa untersucht, und es wurden darin keine Tuberkelbacillen gefunden. Warum sollte man gerade behaupten, dass es sich um Tuberkulose handelt? Und wenn das nicht der Fall wäre?

Dieses oder Aehnliches kann man täglich zu hören bekommen.

Nun wohl, hier beginnt die Schuld des Arztes, denn es gibt nur die Tuberkulose, die die Erscheinungen einer circumscripten Bronchiolitis an den Lungenspitzen hervorzurufen vermag. Alles Andere fällt gegenüber dieser klinischen Form von unbestrittener Wahrheit.

Das Nichtvorhandensein von Bacillen in diesen Fällen hat keinen negativen Werth, denn es muss endlich die Ueberzeugung allgemein platzgreifen, dass der Koch'sche Bacillus, wenn dessen Gegenwart nachgewiesen erscheint, einen positiven Werth besitzt, dass aber umgekehrt sein Fehlen nicht negativen Werth hat. Und dann, wenn die Bacillen in geringer Zahl vorhanden sind, so können sie leicht unbemerkt bleiben, wofern nicht wiederholte und ganz exacte Untersuchungen vorgenommen werden. Und wenn auch die Kranken ihren guten Appetit weiter behalten, wenn auch ihr Allgemeinzustand befriedigend ist — dies Alles gilt nichts gegen die positive Thatsache der akustischen Phänomene (mögen diese noch so circumscript sein) über den Lungenspitzen. Ein doppelter Fehler ist es aber, wenn man behauptet: diese unbedeutenden Erscheinungen bestehen schon seit geraumer Zeit, und doch hat der Zustand des Kranken sich nicht verschlechtert — ein doppelter Fehler, denn die Persistenz ist zusammen mit dem Sitze der physikalischen Erscheinungen ein neuer Beweis für eine Lungentuberkulose.

Ein anderer Fehler ist der, zu hoffen, dass — eine circumscripte Tuberkulose vorausgesetzt — die gravide Frau dieselbe, in Folge ihrer guten Allgemeinbedingungen, leicht zu überwinden im Stande sein werde.

Seit Jahren habe ich mehrere auf die uns hier beschäftigende Frage bezügliche Thatsachen gesammelt. Es sind 42 Fälle von graviden Frauen mit circumscripter Tuberkulose der Lungenspitzen, die ich genau beobachtet und deren wichtigste Daten aufgezeichnet habe.

In 9 Fällen wurde der Allgemeinzustand gut, der sich während der ersten sechs Monate der Schwangerschaft gezeigt hatte, in den letzten drei Monaten allmälig schlechter; die örtlichen Reactionserscheinungen prägten sich mehr aus, und nach stattgehabter Geburt nahm die Krankheit einen sehr acuten Verlauf und die betreffenden Frauen starben noch während des Puerperiums an Tuberkulose. In 7 Fällen war die Verschlechterung nicht so auffallend und intensiv, die Patientinnen starben binnen drei Monaten nach der überstandenen Geburt. Bei 9 Fällen erfolgte der Tod zwischen dem dritten und sechsten Monate post partum, bei 10 Fällen zwischen dem sechsten und neunten Monate, und bei 4 Fällen nach Ablauf eines Jahres. Nur bei 3 Frauen blieben die localen Erscheinungen stationär.

Meine persönliche Statistik über analoge Fälle von umschriebener Tuberkulose umfasst 188 Fälle, wovon im Laufe einer gleichen Zeitperiode, das ist binnen 21 Monaten, 34 mit dem Tode endeten, nämlich 18 %, während der Percentsatz der in den Tod gerissenen tuberkulösen Schwangeren 94 beträgt!!

Bekanntlich bin ich sehr zurückhaltend in der Anwendung der statistischen Resultate auf die Klinik, jedoch man musste zugeben, dass hier die Differenz eine enorme war.

Und die Bedeutung der angegebenen Zahlen wächst noch bei Heranziehung einer anderen Ziffer: nämlich jene, die sich auf Frauen mit ausgesprochener Phthise, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, bezieht: unter 385 Frauen fand ich 226, bei denen der Anfang ihrer Lungenstörungen auf eine Schwangerschaft oder eine Geburt zurückgeführt werden konnte!!!

Nun möge der Hausarzt an alle diese Daten denken, er überzeuge sich, dass der Schaden einer Schwangerschaft ein ganz positiver, dass die Hoffnung ihrer Unschädlichkeit nur wenig begründet ist, und dann möge er die eigenen Ueberzeugungen auf die Kranke, auf deren Familien, auf den Geburtshelfer übertragen.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Die myopathische Muskelatrophie.

Von den atrophischen Paralysen myopathischen Ursprungs gibt es mehrere genau von einander unterschiedene klinische Typen. Alle diese wurden von Erb unter dem Namen «progressive musculäre Dystrophie» zusammengefasst.

Der erste dieser Typen stellt die wohlbekannte pseudohypertrophische Paralyse, deren pathognomonische Haltung, Gang und Charakter Ihnen so sehr bekannt sind, dass sie keiner weiteren Beschreibung bedürfen. Ein anderer Typus stellt die hereditäre Muskelatrophie von Leyden und Möbius dar, bei der sich eine progressive Atrophie und Schwäche vorfindet, die in den Unterschenkeln, speciell in den Waden beginnt und hierauf einen aufsteigenden Verlauf nach den Oberschenkeln und nach den Lumbarmuskeln nimmt, und erst nach vielen Jahren die Schultern und die oberen Extremitäten ergreift. Der dritte Typus betrifft den Zustand, den Erb als juvenile Muskelatrophie bezeichnet hat, die zuerst die Muskeln des Schultergürtels und des Oberarms ergreift, die sich jedoch auch auf die unteren Extremitäten erstrecken kann. Sie findet sich nicht selten mit wahrer Hypertrophie einiger Muskeln und mit Pseudohypertrophie der anderen combinirt vor. Endlich haben wir den Typus «Déjerine-Landouzy», bei der die Krankheit in den Gesichtsmuskeln beginnt und sich allmälig auf die des Schulter-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 1893.

gürtels und des Oberarms erstreckt und den Zustand darstellt, den man als den facio-scapulo-humeralen Typus bezeichnet hat. In dieselbe Kategorie haben einige Autoren den Typus «CHARCOT-MARIE» oder den «Peroneal-Typus der Muskelatrophie» herübergenommen, aber die Stellung dieses Typus unter den Amyotrophien bildet noch immer eine strittige Angelegenheit und verdient besonders betrachtet zu werden. Unter den verschiedenen Typen, welche als zu den primären Myopathien gehörig beschrieben wurden, gibt es so viele verwandte Momente und so viele Uebergangsformen, dass es, wie ERB*) ausführt, mehr als wahrscheinlich sei, dass sie nur verschiedene Zustände eines und desselben Typus darstellen.

Alle stimmen darin überein, dass sie langsam fortschreiten, dass sie in der Kindheit oder in der frühen Jugend und nur selten in den späteren Jahren beginnen; alle sind hereditär oder kommen bei mehr als einem Mitgliede derselben Familie vor. Die Krankheit kann sich zuerst in den Gesichtsmuskeln zeigen oder in den Muskeln des Schultergürtels oder in denen des Beckens und der unteren Extremität und besitzt die Tendenz, in allen Fällen dieselbe Gruppe von Muskeln wesentlich zu afficiren.

Der faciale Typus ist häufig mit dem scapula-humeralen oder mit ERB's Typus combinirt und findet sich bisweilen in Gemeinschaft mit der pseudohypertrophischen Paralyse oder dem infantilen Typus von LEYDEN, und die pseudo-hypertrophische Paralyse der unteren Extremitäten kann mit der juvenilen Form in den oberen Extremitäten combinirt sein. oder eine Form, die mit den Zeichen der pseudo-hypertrophischen Paralyse begonnen hat, kann zu einer späteren Zeit die Charaktere der juvenilen Form annehmen. Es kommen auch Fälle vor, in denen es unmöglich ist, zu sagen, zu welchem Typus sie gehören, da sie mehr oder weniger an den Charakteren, welche allen gemein sind, theilnehmen. Ferner können alle verschiedenen Typen bei Mitgliedern derselben Familie vorkommen Die afficirten Muskeln ändern ihr Volumen; die einen zeigen eine Verminderung und die anderen eine Vermehrung ihres Volumens, die entweder auf Rechnung von wahrer Hypertrophie der Muskelfasern kommt oder auf Rechnung einer falschen Hypertrophie, abhängig von einer Zunahme des Bindegewebes und Ablagerung von Fett. Sie sind ferner charakterisirt durch die Verminderung der mechanischen und der elektrischen Erregbarkeit, durch das Fehlen der Entartungsreaktion und durch die Abwesenheit von fibrillären Zuckungen. Es findet sich auch in diesen Fällen ein allmäliges Erlöschen der Sehnenreflexe und die Tendenz zu Verkrümmungen der Glieder in Folge einer Verkürzung der afficirten Muskeln. Die Bulbärmuskeln zeigen nicht die Tendenz sich an dieser Affection zu betheiligen.

Man hatte allgemein angenommen, dass bei der myopathischen Atrophie die Primäraffection in dem interstitiellen Gewebe zu suchen sei, und dass die Atrophie der Muskelfasern nur eine secundäre Erscheinung sei, und zwar als Folge der starken Hypertrophie oder Hyperplasie des Bindegewebes, verbunden mit Lipomatosis. Die Untersuchungen von ERB, ROTH und Anderen haben jedoch genau dargethan, dass die Krankheit eine Primäraffection der Muskelfasern darstelle.

Es wurde von GOWERS die Frage aufgeworfen, ob eine Hypertrophie *intra vitam* durch die Zupfpräparat-Methode demonstrirt werden könne, insoweit, als der Reiz, der durch das Entfernen eines Muskelstückes unbedingt gesetzt wird, natürlich zu einer Contraction Veranlassung gibt, die den Anschein einer Hypertrophie hat. Aber insofern, als sich die Hypertrophie nicht blos durch das relative Volumen kund gibt, sondern auch durch die Proliferation des Kerns, durch Fissuren und Theilungen, wie man sie an Muskelstücken findet, die man post mortem herausgenommen hat, scheint kein Grund dafür vorzuliegen, an der Wirklichkeit der Existenz einer solchen Hypertrophie zu zweifeln. Im Anschlusse an die Hypertrophie der Muskelfasern findet sich eine geringe Zunahme und eine Kernproliferation im Bindegewebe. Früher oder später treten in demselben Fettzellen auf, so dass sie eine ausgesprochene Lipomatosis darstellen.

Die darauffolgenden Veränderungen stellen einen totalen Schwund des Muskelgewebes und Atrophie mit grosser Verminderung des ursprünglichen Volumens des Muskels dar; oder, andererseits eine üppige Lipomatosis, so dass der Muskel seine normale Masse behält, oder dieselbe beträchtlich überschreitet. Nach ROTH*) beginnen die Veränderungen an den Enden der Muskeln, und die sehnige Structur schreitet in dem Masse vorwärts, als die eigentlichen Muskelfasern schwinden.

Im Allgemeinen haben die Untersuchungen in der letzten Zeit keine krankhaften Veränderungen in den Vorderhörnern oder in den motorischen Nerven entdecken können, sei es bei der pseudo-hypertrophischen Paralyse, bei der juvenilen Muskelatrophie oder bei einer der anderen Formen der Myopathie, und es ist wahrscheinlich, dass solche Veränderungen, wie sie von manchen Forschern beschrieben wurden, eher die Folge der Muskelatrophie als ihre Ursache waren. Dass solche Veränderungen in den Nervencentren nur als Folge der functionellen Inaktivität der Muskeln vorkommen können, ist sowohl experimentell als wie auch durch die klinischen Beobachtungen nachgewiesen worden.

Und dennoch wird das Fehlen der krankhaften Veränderungen in den Vorderhörnern von ERB nicht als Gegenbeweis gegen die Hypothese betrachtet, dass der primäre Ursprung der Krankheit thatsächlich ein myelopathischer sei — eine Tropho-Neurosis, deren Ausdruck nach aussen durch eine muskuläre Dystrophie dargestellt wird, während der Zustand selbst, von dem sie abhängt, sich nicht durch grobe anatomische Veränderungen kund gibt. Es scheint eine zu weit gehende Hypothese zu sein, dass eine blos dynamische Affection der Vorderhörner solche tiefgreifende anatomische Veränderungen in den Muskeln nach sich ziehen sollen, ohne irgend welche ausgesprochene Zeichen von Degeneration in den motorischen Nerven in irgend einem Abschnitte ihres Verlaufs. Und unter anderen Einwänden gegen die myelopathische Theorie, führt ROTH an, dass die krankhaften Veränderungen im Muskel derart vertheilt sind, dass man sie nicht mit irgend welcher peripheren Vertheilung der Nerven in Einklang bringen kann; denn in denselben Bündeln kann man alle Varietäten von Fasern finden, atrophische, hypertrophische oder normale, welche den Grad des Widerstands der einzelnen Fibrillen darstellen, — ein Moment, das sich kaum mit der Beeinflussung von Seiten der Nerven in Zusammenhang bringen lässt; denn vermuthlich würden alle Fasern, welche von derselben Zelle oder Zellengruppe innervirt werden, dieselbe Veränderung eingehen. Ferner würden wir erwarten, dass dieselben Muskeln sowohl bei den funktionellen als wie auch bei den organischen Läsionen der betreffenden Segmente des Rückenmarks betheiligt seien. Es ist jedoch für die myelopathische Atrophie, die mit Veränderungen in dem oberen Theile der Halsanschwellung einsetzt, charakterisch, dass der Musculus deltoideus speciell afficirt wird und zwar in Combination mit den Flexoren des Vorderarms und dem Supinator longus. Dennoch ist bei der juvenilen myopathischen Form des Musculus deltoideus. meiner eigenen Beobachtung nach, entweder gar nicht afficirt, während die anderen Muskeln mit denen er associirt ist, schon weit in der Atrophie fortgeschritten sind, oder der Deltoideus ist in einem solchen Falle höchstens der Sitz einer vorübergehenden und häufig illusorischen Hypertrophie.

Dieser Mangel an einem entsprechenden Verhalten zwischen der Vertheilung der Atrophie bei der myopathischen Form und der, die wir als von einer Rückenmarksläsion abhängig kennen. stellt meiner Ansicht nach einen schwerwiegenden Einwand gegen die Annahme eines nervösen Ursprungs dieser Krankheit dar. Weder im organischen noch im dynamischen Sinne be-

*) Dystrophia Muscularis Progressiva. VOLKMANN's Sammlung, Nr. 2, 1890.

*) Beiträge zur path. Anatomie und allgem. Pathologie, XIII Band, Heft I, 1893.

sitzen wir einen triftigen Grund, diese Affection einem nervösen Einflusse zuzuschreiben. Aber wir sind noch nicht zu irgend welcher befriedigenden Erklärung der primären Affection der Muskeln gelangt, oder zur Erklärung der Thatsache, dass gewisse Muskeln im Gegensatze zu anderen Muskeln mit Vorliebe ergriffen werden. Der frühe Beginn und der hereditäre Charakter dieser verschiedenen Affectionen scheinen entweder auf eine primäre fehlerhafte Anlage im Ei (ROTH) oder in der Entwicklung der Muskelplatten (GRADENIGO, BABINSKI und ONANOFF) hinzudeuten. Aber dieser ganze Gegenstand bedarf noch sehr einer weiteren Aufklärung.

(Fortsetzung folgt.)

Die Verhütung und Heilung der asiatischen Cholera.

Von **Dr. Aug. Dyes**
Oberstabsarzt I. Cl. a. D. in Hannover.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Viertes Stadium.

Je weiter das Choleragift vordringt im Darmcanal, je mehr es sich vermehrt an der Schleimhaut, je grösser also die Resorptionsfläche zur Aufsaugung des Giftes wird, desto hochgradiger steigern sich alle angeführten Qualen. Mit dem Eintritt des Gifts in den Blinddarm beginnt das vierte Stadium der Cholera.

Man erkennt den Beginn dieses Stadiums daran, dass die gallige Färbung der Stühle aufhört, so dass sie ein dem Reiswasser ähnliches Aussehen zeigen. Kommt auch dann das Chlorwasser nicht zur Anwendung, so stellt sich bald Lähmung des Sphincter ani ein, und die Harnsecretion hört auf, die Kälte der Haut erreicht den höchsten Grad (stadium algidum), die Sprache ist rauh und ganz unverständlich (vox cholerica), der Gesichtsausdruck bekundet die höchsten Qualen, der verzerrte Mund ist weit geöffnet, das Stöhnen und Wimmern wird schwächer, weil das Bewusstsein sich verliert (stadium asphycticum), die Lippen sind trocken, blau und braun, die Augen liegen getrübt in den tiefen Höhlen. Es gibt keine qualvollere Todesart: Und dennoch wurde das von BRAND und mir als wirksam empfohlene Chlorwasser nicht probirt, weil wir nur einfache praktische Aerzte sind, und nicht Professoren, welchen man allein zutraut, die Heilwissenschaft fördern zu können.

Sind auch die im vierten Stadium der Cholera nicht alle durch Chlorwasser zu heilen, sondern nach BRAND's und meiner Erfahrung nur 80%, so hat doch das Chlorwasser auch bei den Nichtheilbaren noch den Nutzen, Wärme zu erzeugen, die Schmerzen zu lindern, und den qualvollen Choleratod in den sanften Typhustod zu verwandeln. — Für die Kranken und Wärter ein grosser Gewinn.

Während die Cholera im dritten Stadium durch das Chlorwasser meistens im Verlauf einiger Tage geheilt wird, so nimmt sie im vierten Stadium häufig den Ausgang in Typhus oder Typhoid, zu dessen Heilung durch kleinere Gaben der genannten Heilmittel einige Wochen erforderlich zu sein pflegen.

Da die mir bekannten Cholera-Schriften die Reiswasserstühle als Erkennungszeichen der Cholera (signum pathognomonicum) bezeichnen, so hebe ich nochmals hervor, dass die Reiswasserstühle mit dem Eintritt des vierten Stadiums beginnen.

Die Therapie der Cholera.

Möchten doch die Herren Fachgenossen das Chlorwasser (mit 1/2 Wasser verdünnt) einmal probieren und sich überzeugen, dass es keine schädliche Nebenwirkung hat, sondern den Appetit steigert, also gegen den Magenkatarrh sich heilsam erweist, so würden sie bei Anwendung dieses Mittels gegen die Cholera und alle andere miasmatischen Krankheiten sich bald überzeugen, dass BRAND und ich wohl Grund haben, wenn wir dieses geradezu wunderbar heilsame Mittel empfehlen.

Während einer Cholera-Epidemie sollte man eilen, schon gegen die beiden ersten Stadien der Krankheit dieses Mittel anzuwenden, weil es dann coupirend wirkt.

Wer bei dieser Krankheit mit dem Beginn der Therapie warten will, bis das Mikroskop das Vorhandensein von Komma-Bacillen bestätigt hat, der gleicht dem Hausbesitzer, welcher mit dem Löschen eines Feuers erst dann beginnt, wenn die Flammen zum Dach hinausschlagen. Das Mikroskop hat nur einen wissenschaftlichen aber keinen praktischen Nutzen, denn erst im dritten Stadium der Cholera stellt sich der Durchfall ein, welcher Gegenstand der Untersuchung sein soll, und ohne Anwendung des Chlorwassers könnte der Kranke schon todt sein, ehe das Vorhandensein der Kommabacillen bestätigt wird.

Da man während einer Cholera-Epidemie zur Desinficirung von Räumen und Sachen das Chlor als bestes antimiasmatisches Mittel anwendet, so ist es unerklärlich, dass man dieses Mittel nicht zur inneren Desinfection der Cholera-Verdächtigen und Kranken anwenden will, obwohl die Cholera-Erzeuger an der Schleimhaut des Magens und Darmcanals eine sehr geeignete Brutstätte finden, und von da durch Aufsaugung ins Blut übergehen, wodurch die hochgradige Qual und Kälte, sowie der baldige Eintritt des Todes bewirkt wird.

Wenn ein fremder Körper (Dorn, Splitter, Kugel) in den Organismus eingedrungen ist, so sind alle Aerzte darin einig, dass die schleunigste Entfernung desselben geboten ist; wie reimt sich damit die Thatsache, dass man die Krankheitserzeuger der Cholera und aller andern miasmatischen Krankheiten, welche in den Organismus eingedrungen sind, und ihre vergiftende Thätigkeit bereits begonnen haben, nicht vernichtet (desinficirt), sondern sich begnügt, symptomatische Mittel dagegen anzuwenden.

Da hier der Raum fehlt zu eingehender Erörterung, so verweise ich auf meine Schrift «Aerztliche Beobachtungen und Heilmethoden».

Es genügt aber nicht die Darreichung des Chlorwassers (anfangs halbstündlich 1/2 Esslöffel voll), sondern eine zweite Bedingung des günstigen Erfolges ist die beständige Austreibung der in der Luft schwebenden Krankheitserzeuger durch Zugluft, also das Offenstehen der Fenster und Thüren. Zur Beseitigung des Nachtheils der Zugluft dienen zwei mitten im Zimmer aufgehängte Laken, zwischen welchen das Krankenbett steht.

Die Ansammlung der Cholerakranken in Krankenhäusern ist sehr nachtheilig, weil dann die Luft übermässig mit Bacillen geschwängert wird.

Bei der Epidemie in Hildesheim liess ich die Kranken auf die luftigen Hausböden bringen, wo die Miasmen entweichen konnten, und ich erfreute mich der besten Erfolge, denn während von 11 Cholerakranken des Stadtarztes, neun binnen 24 Stunden im Cholerakrankenhause starben, während die beiden letzten zufällig in meine Behandlung übergingen und geheilt wurden, so wurden meine 18 Militärkranken auf den Böden ihrer Bürger-Quartiere alle geheilt.

Fehlt es in den Wohnhäusern an solchen Bodenräumen, so eignen sich zur Aufnahme dieser Kranken die kleinen Jahrmarktsbuden, welche man auf einem hochgelegenen Platze oder Felde im Freien aufstellt; ein Strohsack und einige wollene Decken genügen, und sind leicht herbeizuschaffen.

Verschleppung der Cholera.

Während der Cholera-Epidemie in Hamburg wurde die Seuche durch Reisende vielfach verschleppt, obwohl an den Stationen Aerzte thätig waren und Desinfection des Gepäcks vorgenommen wurde.

An dem trockenen Gepäck befinden sich aber die Cholera-erzeuger nicht, sondern an der Schleimhaut des Magens und Darmkanals der Flüchtlinge, wesshalb nur die innere Desinfection der Cholera-Verdächtigen die Gefahr der Verschleppung beseitigen, und den Reisenden vor dem Ausbruch

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 1893.

der Cholera schützen kann; und zu dieser Prophylaxis genügt das Einnehmen von zwei Gaben Chlorwasser.

Wenn die Infection eines von einem Choleraherde Zureisenden eine sehr geringe ist, so dass sie noch keine Reaction bewirken konnte, so wird er für gesund erklärt und findet Aufnahme in einem Gasthause oder bei einer Familie. Nachdem sich danach aber die an der Schleimhaut des Magens und Darmcanals eingeschleppten Cholera-Mikroben im Laufe einiger Tage in dem Grade vermehrt haben, dass sich Cholerine oder Cholera bemerklich macht, so kann dieser Reisende schon seine Zimmergenossen angesteckt haben. Solche Fälle kamen vielfach vor.

Somit ist die innere Desinfection der von einem Choleraort ankommenden Reisenden zur Verhütung der Verschleppung der Seuche geboten.

Vernünftiger freilich würde es sein, diese innere Desinfection schon vor der Abreise aus einem Choleraorte vorzunehmen, um die Mitreisenden vor Ansteckung zu bewahren; dvch müsste dieselbe am Orte der Ankunft aus Vorsicht wiederholt werden.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 18. October 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Weissmayer: *Ein Fall von Osteomalacie bei einem Manne* (Demonstration).

Ein 52jähriger Schuhmacher, der sonst stets gesund war, erkrankte vor 3 Jahren an reissenden Schmerzen in beiden Oberschenkeln, welche jeder Therapie trotzten. Die Schmerzen setzten sich im Laufe der Zeit gradatim von den unteren Partien bis zum Schlüsselbein fort, und nahmen derart zu, dass der Patient dauernd an's Bett gefesselt wurde. Patient wurde anfangs August auf die Klinik aufgenommen, wo er mit Ausnahme eines flachen Eindruckes an der 2., 3. und 4. Rippe der rechten Seite keine Abnormitäten zeigte. Colossale Druckschmerzhaftigkeit aller Knochen. Contractur der Adductoren. Die Darmbeinschaufeln federnd. Der Sitz der Schmerzen nur in den Knochen. Carcinomatose auszuschliessen, ebenso Lymphadenia osseum. Gegen das multiple Myelom spricht das Fehlen jedweder Knochenauftreibung. Die Diagnose Osteomalacie, welche allerdings bei Männern äusserst selten ist, wurde durch den Erfolg der eingeschlagenen Therapie glänzend gerechtfertigt, indem der Patient durch 2 Monate Phosphor — anfangs 1 *mgr*, später 2 und 3 *mgr* als Tagesdosis — nahm, und zwar in Pillenform, worauf die Schmerzen so rapid abnahmen, dass Patient jetzt schon im Stande ist, ohne Hilfe Anderer das Bett zu verlassen und im Zimmer herumzugehen.

Dr. Schlesinger berichtet über einige Fälle von Osteomalacie, bei denen er schon nach zweimonatlicher Darreichung von Posphor glänzende Erfolge auweisen konnte, so bei einer Patientin, die durch 6 Jahre bettlägerig war! Schlesinger warnt davor, allzu grosse Dosen von Phosphor anzuwenden, um eine acute Phosphorvergiftung zu verhüten. Uebrigens komme man schon mit 1—2 *mgr* pro die sehr gut aus.

Dr. Sternberg empfiehlt folgendes Recept:

Phosphor 0·05
Ol. jecor. aselli 50·0
S. Täglich ein Kaffeelöffel.

Diese Dosis habe er in vielen Fällen selbst über ein Jahr verabreichen lassen, ohne dass jemals irgend eine unangenehme Erscheinung aufgetreten wäre. Die Gefahr einer chronischen Phosphorvergiftung sowie Nekrose der Knochen sei nicht so gross. Grösser sei die Gefahr, dass die obige auf eine Woche berechnete Dosis auf einmal genommen werden könnte. Jedenfalls ist es besser, geringere Dosen anzuwenden, wenn man mit denselben sein Auskommen finde. Bisher habe Vortragender keinen Anlass gehabt, geringere Dosen zu verabreichen. *Dr. Em. Mandl.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Fortsetzung.)

Bei Luftabschluss kann chemisch die Zerlegung der Substanz, wenn auch verschiedenartig nach der Verschiedenheit der Sauerstoffgruppen, die als Oxydationsmittel dienen, stets nur eine oberflächliche sein. Um die Energie zur Synthese zu gewinnen, also im mechanischen Sinne, muss viel mehr Material zerlegt werden, als dem blossen chemischen Bedürfnisse der Ernährung zur Gewinnung der Atomgruppen für den Aufbau entspricht. Je höher aufgebaut das Material bei qualitativ entsprechenden Atomgruppen schon ist — gleichgiltig, ob dies durch nur einen oder durch mehrere Körper erreicht wird — um so geringer ist die Energie, welche zur Synthese erforderlich ist. Pepton erfordert weniger Arbeit als Asparagin, dieses weniger als Milchsäure oder Formaldehyd oder endlich als Kohlensäure. In diesem Energiebedürfnisse liegt es begründet, dass einzelne Körper nicht mehr bei Luftabschluss zur Synthese verwendet werden können, trotzdem sie die zur Assimilation nöthigen Atomgruppen oder Isomere derselben enthalten, sondern dass nur noch durch wirkliche Oxydationen die nöthige Energie zum Aufbau beschafft werden kann.

So liefert z. B. die anaërobe Gährung, d. h. die chemisch reine Spaltung oder einfache Umlagerung von 1000 *g* Traubenzucker zu Alkohol und Kohlensäure nur 372 Calorien oder 158.100 Arbeitseinheiten, die Verbrennung oder Oxydation derselben Menge Zucker zu Kohlensäure und Wasser jedoch 3939 Calorien oder 1,674.000 Arbeitseinheiten. Um also denselben dynamischen Effect, wie durch Oxydation, durch Spaltung oder anaërobe Gährung zu erhalten, müssten statt 1000 *g* Zucker deren 10.595 oberflächlich zerlegt resp. einfach umgelagert werden.

Die Anaërobiose ist also eine besondere Anpassung an bestimmte Ernährungsbedingungen, die wir vielfach schon von vorneherein chemisch nach der Constitution der zur Ernährung dienenden Substanzen und dynamisch nach der Energiemenge beurtheilen. In letzterer Hinsich will ich nur erwähnen, dass nach Stohmann's Ermittelungen der leicht vergährbare Traubenzucker mehr Calorien enthält als bei gleicher empirischer Zusammensetzung der schwer vergährbare Traubenzucker. Indem wir so die Ernährung mit der Wärmebildung, d. h. mit der Energieseite der Frage in Verbindung behandeln, hört die anaërobe Gährung auf, etwas ganz Appartes zu sein und die anaëroben Spaltungen werden mit den Oxydationen durch vielerlei Uebergänge verbunden, wobei bald die chemische Seite, bald die mechanische, bald die biologische sich der Vorstellung von Pasteur nicht fügt, die nur den Extremen gerecht wird. Wir haben es nicht länger mehr nöthig, echte Gährungen von den unechten, eigentliche von den uneigentlichen gänzlich zu trennen, und wenn wir als echte Gährungen nur die bei Anaërobiose verlaufenden betrachten, so machen wir eine ganz willkürliche Grenze, bei der die Vielheit der Erscheinungen nicht beachtet wird, weil nur die eine biologische Seite zur Beobachtung kommt. Und zwar wird die Auslösung der potentiellen Energie gegenüber der letzteren ungebührlich bevorzugt und damit die wahre innere Ursache in ihrer entscheidenden Bedeutung unterschätzt und geradezu verschleiert.

Ueber die Art der Energiegewinnung zur Synthese des specifischen Protoplasma und damit weiter der specifischen Enzyme, Gift und Gährungsproducte haben wir auch einige Fortschritte zu verzeichnen. Schon 1887 habe ich auf der Naturforscherversammlung den einfachsten aber schwierigsten Fall mitgetheilt, als ich fand, dass die Oxydation von Ammoniak zu Salpetersäure auch im Dunkeln die Energie liefert, mit deren Hilfe gewisse Mikrobien Kohlensäure assimiliren, was zwei Jahre später von Wirogrodsky bestätigt wurde. Dieser Forscher fand weiter, dass auch die Oxydation von Schwefelwasserstoff resp. von Ferrocarbonaten für andere Mikrobien die Energie zum Aufbau liefern kann. In der Mehrzahl der

Fälle ist es, wie im thierischen Organismus, die Spaltung und Oxydation complexer Molekel, besonders von Eiweiss und Kohlehydraten, welche die Energie liefert, und im Pflanzenreiche sind es bekanntlich unter Vermittelung des Chlorophylls in der Regel die Sonnenstrahlen. Dass das höchste Glied, die gewaltige synthetische Arbeit der grünen Pflanze durch die Sonnenenergie, und das niedrigste Glied, die Nitrification, in der Fähigkeit der Synthese aus Kohlensäure übereinstimmen, *verwischt die letzte Grenze*, die man bis zu meiner Ermittelung zwischen Thier und Pflanze, zwischen Lebendem und Anorganischem als eine *qualitative* hatte aufstellen können [1]).

Wichtig ist es, dass nach allen diesen Ermittelungen *die Bildung des specifischen Protoplasma, der specifischen Enzyme und Gifte mit der Ernährung im engsten Zusammenhange steht*, gleichgiltig, ob die nöthigen Atomgruppen aus einfachen Körpern oder aus ganz complexen Substraten gewonnen werden, ob im ersteren Falle Energie von aussen zugeführt werden muss, ob im letzteren die Zerlegung der Substrate gleichzeitig allein die Energie liefern kann.

Das im erörterten Sinne, also nicht im ontologischen Sinne jener Wesen, die uns als Rest der alten Preistermedicin mit ihren Personificationen noch am Rocke hängen, specifische Protoplasma *überträgt die mit seiner Ernährung und Energiegewinnung untrennbaren* und im eingeschränkten Sinne specifischen *Bewegungen auf bewegungsfähige Körper*, d. h. es löst deren Energie aus. Die auslösende Bewegung wird damit zu einer Qualität, die oft scheinbar allein, in der That aber nur mit entscheidet, was erfolgt. Diese Bewegungen der specifischen Gährungs- und Infectionserreger bestimmen nämlich thatsächlich *nur die bestimmte Richtung der Zersetzung in den Fällen, in denen sie überhaupt eine Bewegung auslösen können* d. h. in denen ihre Bewegungsform adäquat ist einer der Bewegungsmöglichkeiten, welche sich aus der Atomgruppirung der Molekel gährfähiger Substanzen oder der Micellen und Micellarverbände des Protoplasma der befallenen Wirthe ergeben. Ohne die Bewegungsübertragung der Erreger bleibt die Energie der gährfähigen Substanzen und der infectionszugänglichen Organismen, Organe, Gewebe, Zellterritorien, der Säfte und Zellen unausgelöst, latent resp. erfolgt nur in normaler physiologischer Weise und nicht in jener quantitativ und qualitativ abweichenden Weise, die wir eben Krankheit nennen. *Aber diese specifischen Erreger können nichts auslösen, was nicht im Bau der Zellen vorher vorhanden war.* Sowohl die allgemeinen *Immunisirungen* durch Activirung der normalen activen Eiweisskörper des Blutserums (Alexine), als die specifischen Immunisirungen gegen bestimmte Microparasiten und die Giftfestigungen des Wirthsorganismus haben sich bei genaueren Untersuchungen als *abhängig von den lebenden Zellen* des Organismus erwiesen, wie METSCHNIKOFF, *ich* H. BUCHNER, KLEMPERER gegenüber den rein humoralpathologischen Auffassungen von BEHRING ermittelten. Auch hier sehen wir, dass es sich um *eine* Wesenheit handelt, bei der *zwei* Wesen, der Wirthsorganismus mit seinen inneren Ursachen und seiner potentiellen Energie und der Auslösungsorganismus des Mikroparasiten, nothwendig *zusammen* arbeiten. *Beide Momente gehören untrennbar zusammen und deshalb ist weder die kranke Zelle noch der Parasit allein das angeblich gefundene ens morbi.* Bei der ontologischen Betrachtung dieses Zusammenhanges kommt man zu der Vorstellung einer Entität, eines Wesens mit *einem* Willen, zu dem *zwei* gehören, oder eines *Willens*, der *muss*.

Auf diesem Standpunkte steht aber auch die landläufige Behandlung der nur auslösenden Anstösse in der Physik und der Reize in der Physiologie. Im Vertrauen auf das mechanische Wärmeäquivalent und das Gesetz von der Erhaltung der Energie und auf die Begriffskritik pflegen wir bei der Behandlung wissenschaftlicher Probleme den Stier bei den Hörnern zu packen. Fragen wir aber einen Forscher, was denn ein Reiz oder ein Anstoss sei, so pflegt ein heiteres Lächeln die bis dahin strengen Züge des Exacten zu erhellen und aus den tiefsten Tiefen seines *Gemüthes* holt er wie ein Dichter schöne Bilder und treffende Vergleiche, doch, was wir *wissen* möchten, erfahren wir nie. So werden Tag für Tag in den specifischen Reizen und nur auslösenden Anstössen auf den Altären der Göttin der reinen Qualität Opfer gebracht, und sie selbst, unser Stolz, die Exactheit schlummert darüber im Schatten dunkler Qualitäten. Bei diesem Zustande der Wissenschaft jetzt, gerade 50 Jahre nach Entdeckung des mechanischen Wärmeäquivalentes, war es deshalb wohl etwas voreilig, wenn schon vor etwa 100 Jahren unser allen Deutschen lieber College SCHILLER von einer «entgötterten» Natur gesprochen hat.

Die Qualität des Anstosses wird wohl Niemand in Abrede stellen können und auch der Physiker weiss ebenso, dass es für den Erfolg durchaus nicht gleichgiltig ist, ob man Dynamit durch einen electrischen Funken oder mechanisch durch Hämmern zur Explosion zu bringen sucht. *Aber dies ist Auslösung und nicht Ursache im Sinne der Begriffskritik. Die Ursache liegt stets im Bau der von der Auslösungsbewegung getroffenen Gebilde.* Je mehr Bewegungsmöglichkeiten dadurch geschaffen werden, um so leichter kann in der einen oder anderen Richtung Bewegung ausgelöst werden.

Die Weinsäure kann nach unseren heutigen Kenntnissen drei verschiedene Gährungen erleiden. Der Traubenzucker kann mehrere Buttersäuregährungen, eine ganze Anzahl verschiedener Alkoholgährungen und verschiedene Milchsäuregährungen eingehen, bei denen sogar die auf chemischem Wege nicht erhaltbar gewesene linksdrehende Milchsäure durch SCHARDINGER entdeckt wurde. Bei den complicirten Eiweisskörpern erhöht sich die Zahl dieser Möglichkeiten so, dass noch Niemand versucht hat, nur für todtes Eiweiss alle möglichen Gährungen zu sondern. Noch mehr aber steigert sich die Möglichkeit der Zahl bei dem lebenden activen Eiweiss und damit muss eine grosse Zahl von Infectionen möglich sein. *Wir können uns so vom rein chemischen Standpunkte kaum wundern, dass die Mehrzahl aller Krankheiten parasitär ist.*

Ja es ist bei diesen vielen Bewegungsmöglichkeiten, die gerade das Eiweiss bietet, fast unbegreiflich, *dass sich trotzdem immer und immer wieder die besondere Structur noch so entscheidend bemerkbar macht.* Bei Zucker derselben empirischen Zusammensetzung wie Rohrzucker, Maltose und Milchzucker kennen wir die *Constitution* genügend, um die sehr viel schwerere Vergährbarkeit des Milchzuckers gegenüber den beiden anderen Zuckerarten zu verstehen. Bei dem lebenden Eiweiss können wir nur aus den positiven oder negativen Erfolgen der versuchten Auslösungen dieselbe Thatsachen erschliessen, für die wir uns der Bezeichnung der *Krankheitsanlage oder Disposition* bedienen. Wir kennen verschiedene Dispositionen der Gattungen, Arten und Rassen; aber auch die Disposition des Individuums schwankt nach Alter, Geschlecht, Beschäftigung, Ernährung; das sociale Elend ist deshalb ein Factor, über den sich kein Hygieniker schlankweg hinwegsetzen kann. Gonorrhoe und Syphilis, Cholera und Abdominaltyphus befallen von selbst nur den Menschen, das Rückfallfieber ist auf Menschen und einige Affenarten übertragbar, die sogenannten Tuberkelbacillen, die nach den Ermittelungen von FISCHEL, KLEIN und *mir* nur die parasitische An-

[1]) Ich bediente mich damals der Bezeichnung «Chlorophyllwirkung ohne Chlorophyll» absichtlich. Bis zu dieser meiner Mittheilung gab es für alle Botaniker ohne jede Ausnahme keine Assimilation der Kohlensäure ohne die Thätigkeit von Chlorophyll, so dass man eigentlich das Chlorophyll als die erst erschaffene aller organischen Substanzen hätte annehmen müssen. Diese Ausnahmestellung passte aber gar nicht zu den übrigen entwickelungsgeschichtlichen Ermittelungen. Die von mir ermittelte Thatsache, die nur durch eine Beobachtung meines Schülers HERAEUS vorbereitet war, hob die Ausnahmestellung endlich auf und dieses letztere wollte ich durch meine Bezeichnung scharf andeuten. So wurde die Sache auch von den beiden Forschern verstanden, die allein unser Wissen über Chlorophyll grundsätzlich erweitert haben, von PRINGSHEIM, der die physikalischen Verhältnisse der Chlorophyllwirkung erkannte und die von mir inductiv begründete phylogenetische Auffassung der Chlorophyllwirkung sogar vor mir deductiv dargelegt hatte, und von ENGELMANN, dem wir die beste Untersuchung über Chromophylle verdanken, und auch von O. LOEW, dem wir so vorzügliche Untersuchungen über Pflanzenphysiologie schulden. Die Bemängelung meines Ausdruckes als Unsinn durch WINOGRADSKY 1889 und PFEFFER 1892 ist deshalb eine Wortklauberei und erinnert an das Verhalten der Stadträthe, wenn sie aus der Sitzung kommen: post festum!

passungsform eines pilzartigen pleomorphen Mikrobion sind, befallen nur bestimmte Gattungen und Arten der Hausthiere und werden durch dieselben so beeinflusst, dass MAFUCCI und KOCH sogar zwei Species, die der Säugethier- und Hühnertuberculose streng auseinander halten wollten, was allerdings unrichtig ist, da FISCHEL und ich diese zwei verschiedene «Species» wechselweise in einander überführen konnten. Der Nährboden der Gewebe und Zellterritorien macht sich mit seinen relativ gleichbleibenden Bedingungen so gewaltig bemerkbar dass man bei Uebertragung desselben Ausgangsmaterials, z. B. bei Tuberculose und Septicämia hämorrhagica, auf verschiedene Gattungen, Arten oder Rassen von Wirthen schliesslich oft sogar verschiedene Arten von Krankheitserregern vor sich zu haben glaubt. Die Specificität der Mikroparasiten als «Entität» oder «Wesen» wird durch solche Versuchsergebnisse wieder recht eigenartig beleuchtet.

Wie man angesichts solcher Thatsachen die entscheidende Bedeutung der Krankheitsanlage als «Ursache» und die Vererbbarkeit der Krankheitsanlage bestreiten kann, ist mir einfach unbegreiflich oder doch nur verständlich bei Jemandem, der sich eben das Problem noch nicht naturwissenschaftlich zurecht gelegt hat, weil er in ontologischen Fesseln fest gehalten ist, die es nicht erlauben, den Gegenstand von verschiedenen Seiten zu betrachten.

Ich habe schon früher gesagt, dass einerseits die einschneidende Bedeutung der Bedingungen, dann die Thatsachen der Wirkungscyklen und der Beeinflussung der Virulenz die Entität der pathogenen und gährungserregenden Mikrobien aufheben. Schon die «specifische» Zelle des einzelnen Organes ist eigentlich eine Wesenheit, die sich aus der Wechselwirkung mit den übrigen, sich gegenseitig regulirenden Zellen des Körpers ergibt, wie es für den Sonderfall der Geschwülste von VIRCHOW und BOLL längst klar gestellt ist. Man kann deshalb an diese Erscheinungen einerseits den Massstab von PFLÜGER anlegen, nach dem «die zahllosen Lebenserscheinungen — trotz allen Scheine der tiefsten Verschiedenheit — doch nur Variationen eines und desselben Grundphänomenes» sind, aber man kann auch andererseits ruhig die thatsächlichen Verschiedenheiten der einzelnen Zellkategorien als specifische auffassen. Für die Ontologie ist mit alledem garnichts gewonnen.

Denn schon bei der einfachsten Form des Parasitismus erweist sich dieser als ein Sonderfall der Symbiose, also als eine Entität aus zwei Wesen, der Infection- und Wirthszelle. Bei der zuerst rein theoretisch in seiner diblastischen Theorie von NAEGELI gewürdigten Mischinfection, die neuerdings von NENCKI stark überschätzt worden ist, haben wir sogar gegenüber den Wirthszellen mindestens zwei Infectionszellen und damit eine Entität von mindestens drei Wesen. Hierher gehören z. B. die meisten Lungenphthisen des Menschen; sowohl die Kommabacillen der Cholera, als das B. coli commune können Symptome der Cholera auslösen und bei der echten Cholera asiatica kommen Fälle vor, bei denen diese beiden Bacterien nebeneinander in einer Anordnung vorkommen, dass es unmöglich sein kann, zu entscheiden, ob in concret oder Kommabacillus oder die andere Bacterienart die wichtigere ist.

Dasselbe Organ oder Gewebe kann durch ganz verschiedenartige Krankheitserreger anatomisch ähnliche Veränderungen eingehen oder es können ganz ähnliche Symptome hervorgerufen werden.

Bei Syphilis, Lepra, Actinomicose, Tuberkulose und verschiedenen Pseudotuberculosen treffen wir Knötchenbildungen im Bindegewebe; nicht nur die Eiterbacterien im engeren Sinne, Streptococcen und Staphylococcen, sondern auch Tuberkelbacillen, Milzbrandbacillen, Pneumonie- und Typhusbacterien können Eiterungen veranlassen; Cholerabacterien und B. coli commune bewirken Reiswasserstühle. Die Symptome einer Septicämie können durch verschiedene Mikrobien veranlasst werden; Tuberkelbacillen, Typhus- und Pneumoniebacterien können Meningitis hervorrufen

Auch durch solche Thatsachen wird die Entität der Infektionserreger aufgehoben.

Aber dieselben Krankheitserreger können auch ganz verschiedene Symptome und sogar ganz verschiedene Krankheiten veranlassen, welche die Zellularpathologie scharf auseinanderhalten muss. So können z. B. die Diphtheriebacterien typische localisirte Diphtherie der Gewebe, aber auch Lähmungen und acute Blutvergiftungen bewirken; die Erysipelcoccen rufen typisches Hauterysipel, Eiterungen, Lungenentzündungen, hervor; die Pneumoniebacterien bewirken typische fibrinöse Lungenentzündungen, Septikämie, Eiterungen, Otitis, Meningitis; die Tuberkelbacillen erregen Knötchenbildungen, Eiterungen, reine Phthise.

Durch solche Thatsachen wird die Bedeutung der kranken Zellen als ens morbi aufgehoben.

Wenn ich auch die Entitäten der Krankheitsspecies, der kranken Zellen, der Krankheitserreger nicht mehr als Gegenstand einer wissenschaftlichen Betrachtung anerkennen kann, so gebe ich gern zu, dass die ontologische Betrachtungsweise zur Einführung von Anfängern in das Gebiet einige Vortheile bietet. Wie die Personificationen der Priestermedicin, so bezeichnen auch diese Entitäten Entwickelungs- und Durchgangsstufen und die Kenntniss dieser überwundenen Stufen bereitet den Anfänger leichter auf die erreichten neuen Gesichtspunkte vor, die unvermittelt seinem noch ungeschulten Denken vielleicht zu schwierig sein können. Erleben wir doch solche Schwierigkeiten Tag für Tag mit bereits ausgebildeten Aerzten, die im Berufe keine Zeit zur Weiterbildung und Selbstschulung hatten und es bequemer finden, auf Autoritäten zu schwören, statt des Paracelsus, den Autoritätsdünkel vernichtenden, echt germanischen Spruch hochzuhalten: Non alterius sit, qui suus esse potest.

Wie wir bei verschieden functionirenden Zellen desselben Organismus, etwa bei Nerven-, Drüsen- oder Muskelzellen einen ganz verschiedenen molekularen Aufbau annehmen müssen und zum Theil nachweisen können, so müssen wir auch annehmen, dass sich die gleichen Zellkategorien nicht bei jedem Individuum derselben Art in genau gleicher, sondern in nur ähnlicher Weise mit einer gewissen Breite der Anpassungs- und Arbeitsmöglichkeit vorfinden, d. h. dass die Energie nicht in stets gleich leichter Weise auslösbar ist, dass sie aber, wenn sie von gleichen Reizen ausgelöst wird, in qualitativ gleicher Richtung ausgelöst wird. Der Disposition der Rasse gegenüber erscheint die Disposition des Individuums thatsächlich nur als stärkere oder geringere, aber nicht als eine qualitativ abweichende, etwa so wie der Techniker, der zwei Maschinen genau gleich baut, bei der Prüfung an seinen Indicatorcurven stets individuelle Schwankungen zu verzeichnen hat.

Wenn man neuerdings wieder öfters mit HENLE, z. B. von FRIEDLÄNDER, HANAU, WEIGERT, KOCH, die Ansicht hört, dass der Grund für den kritischen Verlauf mancher Krankheiten, wie Malaria, Recurrens, Pneumonie, in einer eigenartigen cyklischen Entwicklung des Parasiten liegen soll, so wird das einigermassen unwahrscheinlich, weil diese Parasiten ausserhalb niemals etwas derartiges zeigen, sobald man die Sache genauer verfolgt, weil der Cyclus erreicht wird, ehe von einer Erschöpfung des Nährmaterials die Rede sein kann, und weil sich dies eben nur im thierischen Organismus zeigt. Ich glaube deshalb, dass die besondere Form des Energieüberganges, d. h. das Gewebe des Wirthes den Hauptgrund für den Cyklus enthält, wenn eben gerade diese eine der gegebenen Bewegungsformen durch den einen oder den anderen Parasiten ausgelöst wird.

Ich habe vorher erwähnt, dass bei gleichartiger Energie dieselbe nicht in allen Fällen gleich leicht ausgelöst wird. Es gibt aber noch viel auffallendere Beispiele, welche neben dem qualitativen ein ausgesprochenes quantitatives Moment der Krankheitsreize erkennen lassen. Die algierischen Schafe scheinen im Gegensatze zu unseren einheimischen Rassen immun gegen Milzbrand zu sein und doch erliegen sie grösseren Mengen des Parasiten. Einige Exemplare der Bacterien der sogenannten Hühnercholera tödten ein Kaninchen sicher, während man einem Huhn viele Tausende zum selben Erfolge einspritzen muss. Wenige Tuberkelbacillen führen den Tod eines Meerschweinchens herbei, aber auch den gegen Tuberkulose immunen Hund kann man durch dieselben Mikrobien an typischer Miliartuberkulose eingehen lassen, wenn man ihm grosse Mengen dieser Bacterien zuführt.

Man lernt so den angeblich nur qualitativen und dadurch specifischen Krankheitsreiz als eine Quantität betrachten und doch führen alle physikalischen und physiologischen Werke und Abhandlungen die Auslösung nur als eine Qualität an, die mit der ausgelösten Energie in gar keinem quantitativen Verhältnisse stehen soll. So führte man früher stets als bestes Beispiel die Reizung der Eizelle durch die Samenzelle bei der Befruchtung an, während wir jetzt morphologisch wissen, dass die auslösende Samenzelle etwa die Hälfte der kinetischen Energie liefert. Solche Erfahrungen legten mir seit Jahren die Frage vor, ob denn diese Vorstellung, dass die Auslösung nur eine Qualität darstelle, überhaupt richtig ist, ob nicht vielleicht die Tendenzbetrachtung, die ich früher als eine subjective Schranke erörtert habe, uns verhindert, den quantitativen Zusammenhang zwischen der Menge der auslösenden und ausgelösten Energie zu erkennen. An einem Punkte ist dies sicher stets und überall geschehen, wenn man nämlich übersieht, dass im Energiezusammenhange die ausgelöste, also jetzt kinetische, lebendige Energie stets auch wieder auslösend wirkt, was doch nur durch Energieübergang, für das erste System also durch Energieverlust möglich ist und doch soll in diesem System die ausgelöste potentielle Energie der kinetischen gleich sein. Diesen Verlust kann der Techniker in der Praxis wohl ignoriren, nicht aber der Physiker, wenn er die Energieidee frei von Tendenzvorstellungen zu entwickeln sucht, deren subjectiver Character unverkennbar ist.

(Fortsetzung folgt.)

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Dr. Robert Barnes: *Das Hintanhalten der endogenetischen Septicämie.*

Wir wollen mit der Frage beginnen, wie wir den endogenetischen Formen des Puerperalfiebers vorbeugen können. Das erste und ausgiebigste Antisepticum unter allen ist ein rationelles Leiten der Geburt. Dies hängt von der richtigen Auffassung der Physiologie der Gravidität, der Geburt, des Puerperiums und der Lactation ab. Der ganze Verlauf soll ein vollkommen normaler sein; irgend welche Abnormität oder Störung in irgend einem Stadium zieht nach sich die Gefahr, dass die physiologische Reihenfolge im Geburtsacte eine verkehrte wird. Das Gefässsystem, einschliesslich der Structur des Herzens und der Gefässe und der Beschaffenheit des Blutes und der diversen Ausscheidungen wird gestört. Das Resultat hiervon ist eine acute Toxämie. Wenn das Individuum seine Geburt in gesundem Zustande begonnen hatte, so kann das Equilibrium wieder hergestellt werden und Alles kann gut ablaufen. Wenn aber die Organisation des Weibes eine mangelhafte ist, und wenn das Drüsensystem speciell mangelhaft entwickelt ist, so ist die functionelle Ausscheidung eine unvollkommene. Stoffe, die entweder umgewandelt oder ausgeschieden werden sollten, werden zurückgehalten, und indem sie einen für den Organismus schädlichen Metabolismus eingehen, erzeugen sie Fieber.

In dem richtigen Gleichgewichte der Functionen liegt die Garantie gegen die meisten Formen des endogenetischen Puerperalfiebers. Darin liegt die Erklärung, warum Frauen mit schwerem Geburtsverlaufe, Frauen, deren Gefässsystem hoch entwickelt ist, Stichproben ablegen müssen, welche den Organismus der zarten und verzärtelten Töchter Pluto's stark erschüttern.

Viele Frauen dieser Kategorie sind nicht im Stande, der ihnen zugefallenen Aufgabe nachzukommen. Sie können wohl das Stadium der Gestation überleben, aber sie brechen unter der Geburt zusammen; andere können sich noch während der Geburt und des Puerperium hindurcharbeiten, sind aber ihrer Aufgabe bei der Lactation nicht mehr gewachsen.

In dieser Kategorie von Fällen finden wir die meisten Opfer des endogenetischen Puerperalfiebers. Andererseits glaube ich, dass Frauen aus den arbeitenden Classen ganz besonders der Gefahr der Invasion exogenetischer schädlicher Ursachen ausgesetzt sind. Dieser Umstand mag bis zu einem gewissen Grade die persistente Mortalität im Wochenbett in den Provinzen erklären, und dies Moment steht auch im Einklange damit, dass die Mortalität in den Spitälern eine geringere ist. Die Mehrzahl dieser Kranken recrutirt sich aus den arbeitenden Classen. Wenn wir das diesbezügliche geringe Contingent der Primiparae ausser Acht lassen, so sind die Spitalskranken relativ gegen die endogenetische Krankheit gefeit. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Spitalsmortalität hauptsächlich auf Rechnung einer Infection von aussen kam. Wenn nun die Gebärkliniken auf diese Art ihre Existenzberechtigung dargethan haben, so können wir jedoch nicht dasselbe von den Gebärabtheilungen in den allgemeinen Spitälern aussagen. Diese sind erfahrungsgemäss absolut zu verwerfen.

Nun will ich mich bemühen, kurz die wesentlichsten Punkte aufzuzählen, die beobachtet werden müssen, wenn es sich darum handelt, die Puerpera vor endogenetischen Schädlichkeiten zu schützen. Alle diese Momente werden sich auch als nützlich erweisen, um die Gefahr einer exogenetischen Invasion zu vermindern.

1. Vermeide eine complicirte Geburtshilfe; vermeide die Tamponade.

2. Die Geburt involvirt einen Traumatismus. Die blossliegende Fläche, welche durch die Lösung der Placenta bedingt wird, die Lacerationen des Cervicalcanals und der Vagina und die Einrisse ins Perineum sind Wunden, offene Pforten, für das Eindringen fauliger Stoffe aus dem Geburtscanale, und da offene Wunden, welche den athmosphärischen Einflüssen ausgesetzt sind und für welche die Bedingungen zur Heilung nicht gegeben sind, der Eiterung anheimfallen, so ist die Folge davon «Pyämie». Wir können nicht die Uteruswunde ganz und gar schliessen, aber ich bestehe darauf, dass man das lacerirte Perineum sofort oder innerhalb von 24 Stunden vernähen soll. Sogar die Wundfläche des Uterus kann thatsächlich geschlossen werden, wenn man für Contractionen des Organs Sorge trägt. Während und nach der Austreibungsperiode soll der Uterus comprimirt werden, und der Druck soll durch sorgfältiges Bandagiren des Abdomens weiter aufrecht erhalten werden. Den meisten erfahrenen Aerzten mag es überflüssig erscheinen, wenn ich dies erwähne, aber ich habe Aerzte gekannt, welche dieses Verfahren nicht befolgen; man mag mir aus diesem Grunde verzeihen, wenn ich die Gefahr einer Vernachlässigung dieser Vorschrift des Nähern auseinandersetze. Der Gebrauch einer guten Binde verhütet die Gefahr einer Aspiration von aussen. Die Gefahr einer Hämorrhagie ist nicht die einzige Folge eines Mangels an Contractionen und wir dürfen niemals daran vergessen, dass die Hämorrhagie, indem sie ein Vacuum im Circulationssystem schafft oder dasselbe vergrössert, auch die centripetale Aspirationskraft erhöhet und auf diese Art in hohem Masse die Absorption und Retention der diversen giftigen Elemente fördert. Ueberdies, wenn der Uterus schlaff wird, so vergrössert sich sein Cavum, und indem er nach rückwärts und aufwärts in das Abdomen zurückfällt und sich vom Becken retrahirt, so wird dadurch ein Vacuum geschaffen, das eine Aspiration bedingt, und zwar nicht blos von Stoffen in der Vagina, sondern auch von putrider Luft und von andern Stoffen von aussen, und die Luft kann auch in einem solchen Falle in die freiliegenden Mündungen der Venen hineingelangen und so einen plötzlichen Tod bewirken.

3. Wenn man die offenen Pforten so viel wie möglich gegen das Eindringen von Giftstoffen abgeschlossen hat, so muss man dafür Sorge tragen, wirklich vorhandenes oder potentiales Gift zu entfernen. Durch Reinlichkeit wird man dies erreichen. Eine Regel geht dahin, dass man den Decubitus am Dorsum dadurch vermeiden soll, dass man die Frau mit Kopf und Schultern hoch lagert; dies ersetzt die Drainage; das Blut und die Ausscheidungen fliessen ab, und diese Lage verhindert auch die Aspiration. Dann kommt die Frage der Injectionen und Irrigationen. Damit berühren wir den gefährlichen Punkt der «complicirten Geburtshilfe». — Ich bin überzeugt, dass man im Allgemeinen die Irrigation lieber vermeidet. Gewiss gibt es auch diesbezügliche Ausnahmen, wie z. B. nach Hämorrhagien oder dort, wo sich Blutgerinnsel anhäufen. Ferner soll man die Placenta untersuchen, um zu sehen, ob sie

ganz ist. Wenn Stücke derselben an den Uteruswänden haften bleiben, so entsteht die Frage der Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Diese Operation erheischt die grösste Zartheit und Sorgfalt im Umgehen. Die Wand des Uterus kann in einem solchen Falle leicht rupturirt werden. Ich glaube, dass die Entfernung der adhärente Stücke der Placenta am besten mit dem Finger geschieht, — ein empfindliches Instrument, dem man trauen kann, dass es weiss, was es thut.

4. Man soll sich der antiseptischen Leinwand bedienen, und die äusseren Theile sollen mit Carbolsäure gewaschen werden.

5. Eine andere Massregel, auf die ich schon lange bestehe, ist die Anwendung der Oxytoxica — wenn ich sie so nennen darf — nach der Geburt. Chinin, Ergotin, Hamamelis in mässigen Dosen, 3 oder 4 Mal nach der Geburt, haben eine ausgezeichnete Wirkung, nicht blos als allgemeine Tonica, sondern indem sie auch eine ständige Contraction des Uterus unterhalten.

6. Es gibt einen Zustand bei der Wöchnerin, der beim Hervorbringen der Toxämie eine Hauptrolle spielt. Dieses Moment liegt in dem plötzlichen Uebergange der Evolution in die Involution oder Regression. Eine plötzliche Zunahme der Resorptionskraft findet statt. Ein gewissermassen «durstiges» Circulationssystem hat die Neigung, alle überflüssigen Stoffe einzusaugen. Zunächst macht sich dieser Umstand bezüglich der ergossenen Flüssigkeiten um die Gewebe undin den Geweben des Uterus und der Beckenorgane geltend. Dies ist die erste Probe, auf welche die Circulations- und Excretionsorgane gestellt werden, aber wir dürfen nie daran vergessen, dass die jetzt entwickelte Resorptionsenergie nicht immer damit endigt, dass ausgenütztes Material aufgenommen wird, und dass der Metabolismus und die Ausscheidung mit der Resorption Schritt halten müssen. Wenn das nöthige Gleichgewicht nicht aufrecht erhalten wird, so wird das Blut mit ausgenütztem Material überladen, und durch Retention kommt es dann zu ungewissen Veränderungen. Hier handelt es sich um endogenetische Toxämie. Eine wichtige Massregel, um den Organismus gegen die Tendenz, das durch die Geburt bedingte Vacuum durch die Resorption schädlicher Stoffe auszufülllen, widerstandsfähig zu machen, besteht darin, dass man ihm eine gesunde und leicht assimilirbare Nahrung zuführt.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Gynäkologische Tagesfragen.

Von Prof. Dr. **H. Löhlein** in Giessen.

Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

I. Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.

Die moderne Therapie des Carcinoma uteri mittelst Radicaloperation ist auf FREUND zurückzuführen, der im Jahre 1878 zum ersten Male den carcinomatösen Uterus durch Totalexstirpation und zwar von der Bauchhöhle aus entfernt hat, eine Methode, die seither durch die einfacheren von CZERNY, K. SCHRÖDER, A. MARTIN verdrängt worden. Allerdings ist der Nutzen bisher ein recht bescheidener, da die Häufigkeit der Recidiven schon nach zwei Jahren mindestens 50% beträgt und nach 5 Jahren kaum noch 25% der Operirten recidivfrei sind; doch ist zu erwarten, dass die Erfolge besser werden, wenn erst einmal die Erkenntniss von der Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose in die weitesten ärztlichen Kreise gedrungen ist.

Der allgemein üblichen Eintheilung folgend unterscheidet LÖHLEIN das Carcinoma corporis uteri von dem Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes.

Das erstere ist ungleich seltener, LÖHLEIN hat es in 87 Fällen nur 6 Mal, d. i. in 8% der Fälle constatirt. Die Symptome desselben sind hauptsächlich Schmerzanfälle, die in bestimmten Intervallen, ja zu bestimmten Tageszeiten wiederkehren und atypische Blutungen zu einer Zeit, wo die combinirte Untersuchung ausser einer mässigen Dickenzunahme der Wandung und teigig-nachgiebiger Consistenz derselben nichts Positiv-Diagnostisches constatiren lässt. Hier kann einzig und allein die mikroskopische Untersuchung von mittelst der Curette entnommenen Schleimhautpartien entscheiden. (Im Allgemeinen ist es nicht schwer das Carcinom von der chronischen Endometritis und dem Adenom zu trennen). Ist die Diagnose gestellt, so muss so bald als möglich die Totalexstirpation des Uterus von der Scheide aus vorgenommen werden. — Kann aus irgend welchem Grunde die radicale Heilung nicht mehr angestrebt werden, so tritt die Excochleatio uteri als ein wichtiges, oft auf beträchtliche Zeit hin Abhilfe gegen die Krankheitserscheinungen gewährendes Palliativmittel in ihre Rechte.

2. Das Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes theilt LÖHLEIN mit RUGE in Carcinoma portionis und cervicis ein. Durch die diagnostische Excochleation oder Excision wird es hier leicht möglich sein, schon in frühzeitigen Stadien zur Diagnose zu kommen; sehr früh gibt aber auch die Exploration per vaginam oder per rectum Aufschluss, und es wird daher Sache der praktischen Aerzte sein und, wie LÖHLEIN betont — der Hebammen, denen die Frauen der unteren Klassen zuerst ihr Leid klagen, die Patientinnen rechtzeitig der Operation zuzuführen. Diese kann im Initialstadium in einer Partialexstirpation bestehen, LÖHLEIN bekennt aber, dass er seit fünf Jahren nur mehr die Totalexstirpation geübt hat. — Palliative Mittel sind Aetzungen mit 50% Chlorzinklösung. Zur Desodorisirung Ausspülungen mit verdünnten Lösungen von Acetum pyrolignosum, Kalium hypermanganicum, Tinctura jodi, Creolin. Sodann Application eines Säckchens aus Jodoformgaze, welches zu gleichen Theilen Holzwolle, Kohle, Jodoform und bei Blutungen Tanınn enthält.

II. Zur Ventrofixation der Gebärmutter.

Die Erkenntniss, dass bei Retrodeviationen der Gebärmutter eine Dauerheilung im anatomischen Sinn auch durch lange fortgesetzte Pessarbehandlung — LÖHLEIN hat trotz mindestens ein Jahr hindurch geübter mechanischer Behandlung nur bei 18% der an chronischer Retroversio-flexio Leidenden die bleibende Verbesserung der Lage erreicht — sowie die Thatsache, dass manche mit ganz besonders lästigen Symptomen verbundene Retrodeviation nicht einmal eine Aufrichtung in die normale Lage, geschweige denn eine Retention in diesr gestatten, haben vielfach dazu angeregt das ersehnte Ziel auf operativem Wege zu erreichen.

Der Methode CZERNY's folgend, welche darin besteht, dass der Uterus durch jederseits zwei die vordere Wand desselben in halber Dicke der Muscularis durchsetzende Catgut- und Seidenfäden (jederseits 1 Catgut- und 1 Seidenfaden) an die vordere Bauchwand fixirt wird, hat LÖHLEIN in 23 Fällen, bei denen die Ventrofixation oft allerdings nicht in erster Linie wegen der bestehenden Lageveränderung gemacht wurde, dauernde Anteversionsstellung des Uterus erreicht und kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse: 1. dass die Ventrofixation eine zuverlässige Methode ist, 2. dass dadurch keinerlei Beschwerden bedingt werden, 3. dass die Conception nicht beeinträchtigt wird, 4. die Ventrofixation verdient gelegentlich aus anderen Ursachen ausgeführter Laparotomie stets Berücksichtigung, wegen der Retroflexion an sich ist sie aber nur dann angezeigt, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch durch die orthopädische Therapie ni ht ausdauernd corrigirt werden kann.

III. Die Verhütung fieberhafter Krankheiten im Wochenbette.

Seitdem die Fortschritte der antiseptischen Chirurgie auch von den Geburtshelfern eifrig verfolgt werden, haben sich die Verhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten durchaus nicht mit einem Schlage, sondern Schritt für Schritt günstiger gestaltet. Eine statistische Zusammenstellung R. DOHRU's über die Sterblichkeitsverhältnisse der öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands während der Jahre 1874—1883, also im ersten Jahrzehnt der antiseptischen Geburtshilfe ergibt noch eine Sterblichkeit von 1·37%, während schon die Tabellen der 80er Jahre und gar erst die jetzt erscheinenden Berichte zwischen 0·5% und 0% schwanken. So hat die Anstalt in Lille unter 1000 Entbindungen, unter welchen 120 Operationen, keinen einzigen Todesfall zu verzeichnen, und ebenso

betrug die Sterblichkeit der unter Leitung des Verfassers stehenden Giessener Klinik in den Jahren 1888 bis 1892 0·21%, resp. wenn man die vorgekommenen 5 Todesfälle, weil nicht durch Sepsis veranlasst, in Abrechnung bringt, 0%. — Sogar die puerperale Morbidität, d. h. Erkrankungen mit Fieber über 38% belief sich auf nur 8·36%. Die angegebenen, ideal zu nennenden Resultate wurden gewiss nicht zum geringsten Theil erzielt durch den Bau einer den modernen Gesetzen der Hygiene entsprechenden neuen Klinik, dann aber durch Präventivmassregeln, unter denen die Einschränkung der vaginalen Desinfection vor der Geburt obenan steht. Diese wird nur geübt: 1. wenn schon in der Schwangerschaft eitriger Fluor bestand oder gonorrhoische Infection bestimmt nachgewiesen ist, 2. wenn innere Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche bereits vor der Aufnahme in die Klinik stattgefunden haben, 3. wenn die Kreissende fiebert, bei Zersetzung des Fruchtwassers und Gasentwicklung intra partum, 4. bei partus arte prämaturus wegen der in den Uterus einzulegenden Bougies. — Die Schwangeren werden gebadet, mit Seife gründlich gereinigt und dann die äusseren Genitalien durch Abreiben mit in Sublimat 1 : 2000 getauchten Bäuschchen — nicht mit Bürsten — desinficirt. Fiebernde werden isolirt, nicht aber auf das «septische Zimmer» gebracht, solange sie sich nicht als «septisch inficirt» erweisen.

Auch in der Hauspraxis hat sich entsprechend einer von EHLERS für Berlin entworfenen Zusammenstellung eine Verbesserung von 31·8% ergeben; und wenn die Besserung nicht bedeutender ist, so liegt die Erklärung hiefür in der durch das Vertrauen auf die Antisepsis gesteigerten Operationsfrequenz. Daraus resultirt eine Warnung für die Aerzte, namentlich für die jungen, niemals ohne klare Indication operativ einzugreifen. Da weiters die Leitung der normalen Geburt gegenwärtig zumeist noch in den Händen der Hebammen liegt, schlägt LÖHLEIN vor, den Stand der Hebammen durch erhöhte Anforderungen an ihre Vorbildung im Allgemeinen zu heben, dann aber für dieselben Repetitionscurse und Wiederholungsprüfungen einzurichten, wie solche in Hessen thatsächlich bestehen.

Die innere Exploration ist auf ein Minimum zu beschränken (1- höchstes 2 Mal), als Desinficiens ist, wenn auch das Lysol sich als höchst beachtenswerth erwiesen hat, den Hebammen vorderhand die $2^1/_2$—3% Karbolsäure, mit deren Handhabung sie bereits hinlänglich vertraut sind, auch weiterhin zu empfehlen. *W.*

Thomas H. Huxley
Grundriss der Physiologie.

Von **Dr. J. Rosenthal,**
Professor an der Universität Erlangen.
Dritte vermehrte und erweiterte Auflage.
Mit 118 Abbildungen im Text und einem Titelbild.
Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig 1893.

Von diesem ausgezeichneten Werk ist nun, nach längerem Zwischenraum, die letzte, fünfte Lieferung erschienen. Sie enthält ausser dem Abschluss des Werkes auch Ergänzungen, die von dem trefflichen und gelehrten Uebersetzer herrühren und einzelne in den Vorlesungen selbst berührte Gegenstände etwas eingehender behandeln. Es ist nicht daran zu zweifeln, dass die HUXLEY'sche Physiologie trotz der trefflichen physiologischen Handbücher, die deutsche Forscher geschrieben haben, auch in ihrer dritten Auflage die Verbreitung finden wird, welche der Name des berühmten Verfassers, und die ganz eigenthümlich classische Form dieser «Grundzüge» erwarten lassen.

Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Baer** in Leipzig.
Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1893.

Den Lehren der kriminal-anthropologischen Schule wohnt eine sociale Bedeutung inne, welche ihnen nicht bloss die regste Aufmerksamkeit der Fachkreise, sondern auch das lebhafteste Interesse der gesammten gebildeten Welt sichert.

Bisher aber fand das Publikum, welches in Enthusiasten und Skeptiker mit mehr oder weniger Motivirung sich spaltet, wenig Gelegenheit, sich ein, wenn auch laienhaftes, so doch eigenes Urtheil zu bilden, da es fast bloss die illustren Vorkämpfer jener Richtung zu hören bekam. Vorliegendes Werk wird deshalb Allen willkommen sein, welche sich für eine möglichst unbefangene Deutung der sonst als beweiskräftig angeführten Thatsachen interessiren, die sich auf die Frage über die Entstehung und das Wesen des Verbrechers, über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Individualität und Verbrechen beziehen.

Ohne im mindesten den hohen Werth der Forschungen in kriminal-anthropologischer Richtung antasten zu wollen, bemüht sich der Autor, gestützt auf Fachlitteraur, fremde und was besonders ins Gewicht fällt, eigene Erfahrung, wozu er als langjähriger Arzt an grossen Straf- und Gefangenanstalten reichlich Gelegenheit fand, den Nachweis zu erbringen, dass die bisher gebrachten Beweismittel zur Aufstellung des anthropologischen Typus «Verbrecher» unzulänglich wären, dass das Verbrechen mehr als Produkt s o c i a l e r, als somatischer und anthropologischer Factoren entstünde.

Die strenge Wissenschaftlichkeit des Verfassers, von der das Werk an jeder Stelle Zeugniss gibt, überhebt ihn wohl der Insinuation, er habe mit einer gewissen Voreingenommenheit das Thema behandelt, im Gegentheil, er bringt Gründe pro und contra, und erst am Schlusse lässt er unparteiisch seiner eigenen Meinung Raum.

Der erste Theil behandelt die körperliche Beschaffenheit des Verbrechers, die zahlreichen Anomalien des Schädels und Gehirns und der Sinnesorgane, der zweite, die geistige Beschaffenheit mit besonderer Berücksichtigung der Verstandesthätigkeit und des Gefühlslebens, sowie der häufig vorkommenden Geisteskrankheiten; der dritte, wichtigste Theil, betrifft die Grundfrage: «Ist die Verbrecher-Individualität durch eine organische Anlage bedingt?»

Wie vorausgeschickt, tritt Verfasser im Gegensatz namentlich zu den Lehren der positiven Schule und es ist Aufgabe der Fachkreise, die Schlüsse und Ergebnisse zu prüfen, zu welchen er kommt; in jedem Falle aber kann das reichhaltige und übersichtliche Werk dem Studium aller Derjenigen auf's Angelegentlichste empfohlen werden, welche sich mit diesen Fragen eingehender befassen wollen.

Die beigehefteten statistischen Tafeln bürgen für die Exaktheit der im Werke mitgetheilten Untersuchungen. *Dr. M. N.*

Zeitungsschau.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald.

Dr. Buschke, I. klinischer Assistenzarzt: **Ein erfolgreicher Versuch mit der Behandlung von Tuberkulose der Extremitäten mittelst Stauung nach Dr. Bier.**

Es gehört (nach ROKITANSKY, HELLER u. A.) zu den Seltenheiten, dass eine frische Tuberkulose sich in Lungen entwickelt, in denen, sei es in Folge eines nicht compensirten Herzfehlers, sei es in Folge anderer Ursachen z. B. starker Kyphose eine venöse Hyperämie besteht. Neuere Beobachter (BAMBERGER, QUINCKE) nahmen sogar an, dass auch schon bestehende Tuberkulose in einer gestauten Lunge leichter heilt als sonst. — Auf Grund dieser Betrachtungen kam BIER auf den Gedanken, tuberkulös erkrankte Gewebe, vor allem der Extremitäten künstlich unter ähnliche Bedingungen zu setzen, wie sie in den genannten Fällen natürlich vorkommen.

Die Methode der künstlichen Stauung (von Professor HELFERICH bei ungenügender Callusbildung an fracturirten Extremitäten ausgebildet und erfolgreich angewendet) ist folgende: Das Glied wird bis dicht unterhalb der Stelle, welche gestaut werden soll, eingewickelt. Dicht oberhalb des zu stauenden Gliedabschnittes wird ein Gummischlauch oder eine Gummibinde über einer Lage Filz oder Watte (um zu starken Druck zu vermeiden) angelegt, mässig angezogen und mittelst einer Klemme fixirt. In dieser Weise verbleibt der Schlauch zuerst einige Minuten, dann einige

Stunden und schliesslich über 36 Stunden ohne Schaden liegen. Die Patienten lernen das Anlegen und Abnehmen der Binde selbst und können daher in vielen Fällen ambulatorisch behandelt werden.

BIER hat diese Methode bei leichter und schwerer Tuberkulose der Knochen und Gelenke, der Haut, der Extremitäten (und Hoden) theils allein, theils in Verbindung mit Excochleation, partieller Resection, theils mit Jodoformglycerininjectionen angewendet und dadurch in vielen Fällen Heilung, in anderen Besserung erzielt.

Verfasser hat das Verfahren in einem Falle angewendet, wo nur durch eine ausgedehnte atypische Resection oder Amputation Heilung zu erwarten gewesen wäre.

Es handelte sich um einen sehr gracil gebauten 44jährigen Mann mit exquisit phthisischen Habitus mit einer Erkrankung des rechten Ellbogengelenkes. Dieses zeigte eine bedeutende Schwellung vom unteren Drittel des Oberarmes über das Gelenk, bis auf den Vorderarm sich erstreckend. Die Ellenbeuge war fast vollständig verstrichen und mass um 5 *cm* mehr im Umfang als links. Das Gelenk stand in Flexion von 160° und Pronation. Die Haut war darüber glänzend, blass, mit durchschimmernden Venennetzen. Die Palpation war ungemein schmerzhaft, zeigte die Verdickung hauptsächlich auf Oedem der Haut beruhend, doch liess sich auch das obere Ende des Radius als vergrössert erkennen.

Wegen hochgradigster Schmerzhaftigkeit waren die leisesten Bewegungen nicht ausführbar. Sonst fand sich noch in der linken Fossa supraclavicularis Dämpfung und Bronchialathmen; das Sputum gering, Tuberkelbacillen enthaltend. Der letzte Lendenwirbel auf Druck schmerzhaft.

Es wurde das Verfahren nach Dr. BIER eingeleitet und Patient damit ambulatorisch behandelt. Das Resultat ist ein recht erfreuliches: Die Contouren des erkrankten Gelenkes sind normal, das Oedem ist geschwunden; die Gelenkskörper nicht nennenswerth vergrössert. Die Palpation völlig schmerzlos; active und passive Flexion bis zum rechten Winkel möglich, Pronation völlig ausgiebig, Extension, Supination kleine Defecte aufweisend. Alle diese Bewegung schmerzlos ausführbar, man fühlt hiebei an der Radialseite des Gelenkes deutliches Reiben. Wir können also annehmen, dass der schwere local-tuberkulöse Process zur Heilung gekommen ist.

Spontanheilung ist hier um so weniger anzunehmen, als der Befund in der Lunge der gleiche geblieben, die Entzündung des Lendenwirbels sich eher noch verschlimmert hat.

Der beschriebene Fall fordert entschieden auf, das Verfahren einer weiteren ernsthaften Prüfung zu unterziehen. *B. S.*

Dr. Kuh: Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen. (D. Zeitsch. f. Nervenh. III. 359.

Eine neue Gruppe der unter dem Namen Myelitis gangbaren Krankheitsformen hat ERB als syphilitische Spinallähmung ausgeschieden, welche sich charakterisirt durch: spastische Lähmung der unteren Extremitäten, hochgradig gesteigerte Sehnenreflexe, geringe Muskelspannungen, Störungen der Harnentleerung, geringe Störungen der Sensibilität.

ERB's Assistent KUH veröffentlicht in dieser Arbeit 60 hiehergehörige Fälle und schliesst eine genaue Darstellung des Krankheitsbildes an.

Aetiologie: Auftreten in den ersten Jahren nach der Infektion; als veranlassendes Moment spielt ungünstige Witterung eine Rolle, allenfalls auch Trauma und Ueberanstrengung.

Symptomatologie: Schleichender Beginn kurze Zeit nach der Infektion (oft gehen cerebrale Symptome voran), Schwäche und Steifigkeit der Beine, Formicationen in denselben. Schmerzen nicht gewöhnlich und nur von geringer Intensität (Wirbelsäule, Sacralgegend).

Manchmal beginnt die Krankheit einseitig. zu den Frühsymptomen gehört auch die Störung der Harnentleerung und der Potenz.

Auf der Höhe der Erkrankung ist das Hauptsymptom die spastische Lähmung der unteren Extremitäten (selten complete Paralyse). Im Gegensatz zu dem spastischen Gang sind die geringen Muskelspannungen. Sehnenreflexe gesteigert. Fussclonus constant vorhanden. Hautreflexe eher herabgesetzt. Objective Sensibilitätsstörungen sind selten und beziehen sich meist auf isolirte Herabsetzung einer Empfindungsqualität, häufig Temperatursinnstörungen.

Parästhesien sind gewöhnlich vorhanden. Beschränkung der Symptome auf die untere Körperhälfte. Residuen von Lues.

In complicirten Fällen tritt Ataxie auf, oder Betheiligung der oberen Extremitäten. Nicht selten erkrankt auch Gehirn und Gehirnnerven (Syphilis!)

Verlauf: chronisch, progressiv. Remissionen, selbst Ausheilung, der gewöhnlich Recidiv folgt.

Differentialdiagnose: Von der Tabes sind die mit Ataxie und Hirnerscheinungen complicirten Fälle zu unterscheiden durch das frühzeitige Auftreten nach der Infektion, die Sehnenreflexe, Ataxie bei spastischem Gang.

Die sogenannte Forme fruste der multiplen Sclerose ist durch das Missverhältniss der Muskelspannungen und des spastischen Ganges zu unterscheiden. Compressionsmyelitis ist ausgezeichnet durch Reizungssymptome und locale Veränderungen der Wirbelsäule.

Syringomyelie zeigt immer trophische Störungen. Die spastische Spinalparalyse (nicht syphilit.) zeigt nie Blasen und Mastdarmstörungen, Schmerzen oder Complicationen mit Hirnerscheinungen.

Hämatomyelie: Anamnese keine Syphilis, Herzfehler, rasche Progression, complete Paralyse und Auftreten von Atrophie.

Eine Trennung von den nicht syphilitischen Myelitiden ist sehr schwer, obzwar bei denselben das typische Bild der in Rede stehenden Affection nicht vorzukommen scheint.

Prognose im Allgemeinen besser als die der nicht syphilitischen Myelitis.

Therapie energische antiluetische Behandlung.

Anatomie. Localisation: hintere Partien der Seitenstränge und Uebergreifen des Processes auf die Hinterhörner und Hinterstränge im Dorsalmark.

Eine verwandte Krankheitsform wird veranlasst durch Localisation des Processes im Lendenmark. Sie unterscheidet sich durch kurze Prodrome. Die entwickelte Krankheit zeigt schlaffe Lähmung, nicht complet, auf beiden Seiten verschieden ausgesprochen. Sensibilität wie bei der spastischen Form. Sehnenreflexe herabgesetzt oder erloschen. Blasen und Mastdarmstörungen. Die Diagnose ist oft nicht zu stellen, häufig sind Combinationen mit Tabes. Die Prognose ist wegen Localisation des Prozesses im Lumbalmark eine schlechtere als bei der dorsalen Form *R. K.*

Prof. Dr. J. G. Edgren (Stockholm): **Ueber einen Fall von halbseitiger Lähmung nach Diphtherie.** (Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 36, 1893.)

Die Lähmungen in hemiplegischer Form nach Diphtherie sind selten. Verfasser bespricht folgenden Fall:

Patient 10 Jahre alt, hat in früher Kindheit Masern und Keuchhusten durchgemacht, war seitdem immer gesund. 15. November 1890 erkrankte er an Diphtherie. Drei Wochen nach Beginn der Erkrankung, als er schon völlig genesen schien, fiel er plötzlich von einem Stuhl zu Boden. Am Tage danach zeigte sich Lähmung der rechten Körperhälfte und der Sprache. Daneben bestand Anästhesie und Herabsetzung der Temperatur gegen die andere Seite. Urin und Fäces gingen unfreiwillig ab. Bald trat Besserung ein. Jänner 1891 konnte Patient sich schon mühsam bewegen. Einige Wochen später konnte er schon ausgehen, die Sprache wurde verständlich, doch behält sie noch durch mehrere Monate nasalen Charakter. 14. Jänner 1892 in das Krankenhaus aufgenommen. Damals wurde noch eine ganz leichte Parese der ersten unteren Facialiszweige, Schwäche des rechten Armes, eine gewisse Steifheit des rechten Beines bemerkt. Die rechten Extremitäten sind kälter als links, die Ernährung ist beiderseits gleich, Reflexe rechts stärker als links. Sensibilität auf beiden Seiten gleich, elektrische Sensibilität am rechten Arm und Bein etwas abgestumpft, ebenso die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven rechts etwas herabgesetzt.

Elektrische Behandlung durch mehrere Wochen. 15. März fast vollständig hergestellt.

Bei der Durchsicht der Literatur zeigt sich, dass Hemiplegien nach Diphtherie nicht selten sind. Verfasser citirt 2 einschlägige Fälle von HENOCH und AUERBACH ausführlicher und kommt dann auf die Besprechung seines Patienten zurück.

Er nimmt den cerebralen Charakter der Hemiplegie als bestimmt an und verlegt den Sitz der wahrscheinlich anzunehmenden Blutung (für Embolie fehlt jeder Anhaltspunkt, da Patient keine Spur eines Herzleidens zeigte) in die innere Kapsel der linken Hemisphäre.

Wahrscheinlich waren in Folge der Diphtherie die Gefässwände angegriffen und in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzt.

Hyperämie und capilläre Blutungen sind in den peripheren Nerven und im Rückenmark wiederholt bei den gewöhnlichen diphtheritischen Lähmungen vorgefunden worden. Jedoch haben diese sonst ihren Grund in einer multiplen Neuritis der peripheren Nerven, die genannten Blutungen spielen eine ganz untergeordnete Rolle. Bei den cerebralen Lähmungen ist dagegen die Gefässalteration und die dadurch bedingte verminderte Widerstandsfähigkeit der Gefässe von grösster Bedeutung. Aber sowohl die Veränderung der Gefässwände als die multiple Neuritis muss als Coëffect derselben im Blute kreisenden Agentien — der Toxine — angesehen werden.» *B. S.*

Oefele (Neuenahr): **Gymnema silvestre bei süsser und bitterer Parageusie.** (Aerztl. Rundschau. 37 u. 38. 1893.)

Ausgehend von den Parästhesien der Diabetiker bespricht OEFELE die Geschmacksstörungen derselben mit einem Ausblicke auf die Geschmackswahrnehmung überhaupt und empfiehlt zur Behandlung dieser Parageusien die Gymnemasäure. Die bisherige Litteratur über Gymnema silvestre stellt Verfasser am Schlusse zusammen und gibt im Verlaufe eine kurze Zusammenstellung über deren Inhalt, der sich bis jetzt ausschliesslich mit chemischen und physiologischen Versuchen befasst.

Verfasser ging mit Erfolg zur therapeutischen Verwendung von Theeblättern, imprägnirt mit Gymnemasäure über, bei den subjectiven süssen und bitteren Geschmacksempfindungen, die besonders nach den Mahlzeiten in lästiger Weise bei den Diabetikern auftreten; es werden die Blätter im Munde erweichen gelassen und wie sie die Möglichkeit benehmen, den objectiven Geschmack von Chinin und Saccharin wahrzunehmen, so löschen sie ebenso das subjective Auftreten diese beiden Geschmacksqualitäten bei dem pathologischen Processe der Parageusie auf.

Verfasser gebraucht folgendes Recept: Acidi gymnemici Merck 0·1, Spiritus vini quantum satis. Ad impraegnationem, Solve, Adde, Theae nigrae «Pekoe» 4 0, Exsicca leni calore. Da ad scatulam ligneam. Signa: Nach Bedarf 1—2 Blättchen öfter des Tages in den Mund einzuführen.

Dr. Arthur Helme: Die Zusammensetzung des in der Gebärmutter ausgeschiedenen fötalen Urins. (Brit. med. Journ. — Frauenarzt, Sept. 1893.)

Der Autor fasst die Ergebnisse seiner Untersuchung in den folgenden Sätzen zusammen:

1. Die fötalen Nieren scheiden selbstthätig während des intrauterinen Lebens Harnstoff aus.
2. Der Urin des normalen, lebenden Fötus enthält Harnstoff
3. Der Urin des normalen, lebenden Fötus enthält Kreatinin.
4. Die fötale Nierenausscheidung ist eine mögliche Quelle für die Entstehung des Liquor amnii; dies wird erwiesen durch die Gegenwart von Harnstoff und Kreatin in diesen beiden Flüssigkeiten.
5. Das Vorhandensein von Sulphaten und Phosphaten im Liquor amnii und ihr Fehlen im fötalen Urin lässt diesen als eine nicht ausschliessliche Quelle für die Bildung des Fruchtwassers erscheinen.
6. Der Gehalt an Harnstoff und Kreatinin im Urinsekret erfährt während der ersten Stunden nach der Geburt eine bemerkenswerthe Vermehrung.
7. Kreatinin ist normalerweise vorhanden sowohl im Harn neugeborener Kinder als auch in denjenigen von Säuglingen.

Max Thorner (Cinncinati, Ohio): **Rheumatische Affectionen des Rachens.** (Vom Autor eingesandter Separatabdruck,)

Die acute rheumatische Pharyngitis ist charakterisirt durch das plötzliche Auftreten von Schmerzen im Rachen bei geringen oder ganz fehlenden krankhaften Veränderungen von seiten der Schleimhaut. Die Krankheit tritt auf nach Erkältung, Durchnässung, und es bestehen oft gleichzeitig rheumatische Affectionen der Gelenke oder es entwickelt sich nach kurzer Zeit ein acuter Gelenksrheumatismus. Meist klagt der Kranke über Schlingbeschwerden, welche aber nicht etwa Folgen einer Schwellung oder Hyperästhesie der Schleimhaut sind, vielmehr als Ausdruck einer Affection der zahlreichen unter der Schleimhaut gelegenen kleinen Muskelchen angesehen werden müssen. Oft bestehen Schmerzen in den Muskeln des Nackens, der Kehlkopf ist an diesen Attaquen selten betheiligt, Verfasser hat jedoch auch Kranke gesehen, die an intensiven Schmerzen in der Kehlkopfgegend litten.

Weniger bekannt und von grösserem Interesse ist die chronische rheumatische Erkrankung des Pharynx. Auch hier klagt der Kranke über Schmerzen im Halse, aber diese sind mehr localisirt und es finden sich meist einige Punkte deren Berührung dem Kranken besonders empfindlich ist. Es sind dies die hinteren Gaumenbögen, der Zungengrund, die ganze Region über dem Zungenbein und die seitlichen Parthien der Cartilago thyreoidea. Die anatomischen Verhältnisse der Gegend um das Zungenbein, wo die fibrösen Ansätze so vieler kleiner Muskeln concentrirt sind, was ja an der äussersten Fläche des Schildknorpels ebenfalls stattfindet, erklären genügend diese Prädilectionsstellen für die rheumatische Erkrankung. Die Schmerzen selbst sind intermittirend, und stärker bei schlechten Wetter. Das Schlingen ist meistens, das Sprechen oft erschwert und schmerzhaft. Oft quält die Kranken ein Gefühl von Trockensein, von Brennen, oder die Empfindung eines fremden Körpers im Halse.

Die Behandlung in beiden Formen besteht in Darreichung von Salicyl-Präparaten, durch die man oft staunenswerthe Erfolge erzielt. In chronischen Fällen ist der Gebrauch heisser Quellen von Nutzen. Die Diagnose kam oft nur ex juvantibus gestellt werden. *A. P.*

Percy Jakins: Merkwürdiges Fortschreiten des körperlichen Wachsthums nach Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen. (The journal of Laryngology etc. VII. 9.)

Ein 17jähriger junger Mann, dessen Geschwister alle von hervorragender Grösse und Kraft waren, blieb ausserordentlich klein und gracil. Er litt an vergrösserten Tonsillen und an adenoiden Vegetationen, welche ihm jedoch nur geringe Beschwerden verursachten. Verfasser rieth die operative Entfernung der letzteren, nach deren Ausführung der junge Mann rasch zu wachsen begann und innerhalb 2 Jahren seine Geschwister an Kraft überholte.

Verfasser ist überzeugt davon, dass die erwähnten krankhaften Veränderungen einen hemmenden Einfluss auf die Entwickung des jungen Mannes geübt hatten. *A. P.*

Simon Baruch: Ein neues diagnostisches Zeichen des Bauchtyphus. (The New-York medical journal. LVIII: 2. Sept. 1893.)

Mit Rücksicht darauf, dass mehrere (auch deutsche) Autoren den Satz aufgestellt haben, dass der günstige Ausgang eines Typhus nahezu sicher ist, wenn die Bäderbehandlung vor dem 5. Krankheitstage begonnen wird, hat sich Verfasser um ein sicheres Zeichen dieser in ihren Anfängen oft so schwer zu erkennenden Krankheit umgesehen, und glaubt ein solches in folgenden Temperaturverhältnissen gefunden zu haben.

Sobald ein Patient eine Temperatur (im Rectum gemessen) von über 38·8° C. Morgens und 39·4° C. Abends 3 Tage nacheinander zeigt, besonders wenn dieses Fieber einhergeht mit Kopfschmerz und Abgespanntheit, so soll der Kranke in ein Bad von 32·2° C. gesetzt werden, welches unter gleichzeitigen Abreibungen des Körpers allmählig auf 26° C. abzukühlen ist. Ist nach 3 Stunden die Körpertemperatur noch immer über 38° C., so kommt der Kranke neuerlich in ein um 5° C. kühleres Bad.

Wenn ein drittes (abermals etwas kühleres) Bad nicht im Stande ist, die Körpertemperatur im Laufe einer halben Stunde herabzusetzen, dann ist die Diagnose eines vorhandenen Typhus nahezu sicher und die hydriatische Therapie sofort durchzuführen. Verfasser hat auf diese Weise in 2 Fällen, welche für Typhus gehalten wurden, diesen ausgeschlossen und in der That entpuppte sich im weiteren Verlaufe der eine als eine centrale Pneumonie, der andere als eine Osteomyelitis. *A. P.*

Dr. M. Tschistiakow: Ueber die Ansteckungsfähigkeit der kondylomatösen Spätsyphilis. («Wratsch», russisch, 23/92. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 77, 1893.)

Verfasser glaubt, dass die Syphilis nicht so schnell ihre Ansteckungsfähigkeit verliert, wie die meisten Autoren behaupten und beschreibt 5 interessante eigene Fälle. In einem Fall wurde die Gattin eines Offiziers, welcher 6 Jahre nach erfolgter Infection und nachdem er eine sorgfältige Cur durchgemacht, sich verheiratet hatte, 5 Monate nach der Verheiratung von ihm schliesslich inficirt. gerade zu einer Zeit, als bei ihm Plaques auf der Zunge auftraten. In einem zweiten Fall hat ein ebenfalls vor 6 Jahren inficirter, mehrmals behandelter, und gar keine Erscheinungen darbietender Officier seine Maitresse angesteckt. Einige Monate darauf bekam er einen papulösen Ausschlag auf der Hand. Der dritte Patient hat ein gesundes Mädchen befruchtet, das Kind kam lebend und gesund zur Welt. Er verkehrte immer mit derselben Person und 3 Jahre später wurde sie bei einer abermaligen Schwangerschaft von einem Fötus infizirt, welcher frühzeitig und todt zur Welt kam. Der vierte Fall ist dem dritten analog; im fünften Fall infizirte ein Patient seine Frau, 9 Jahre nachdem er Syphilis acquirirt hatte, als er eine Ulceration am Penis und Ekthyma hatte. Solche Ulcerationen unbestimmter Natur findet man sehr oft bei Prostituirten; Verfasser betrachtet sie alle als verdächtig. Zum Schlusse resumirt Verfasser seine Beobachtungen dahin, dass die Lues nicht nur im ersten Quinquiennium, sondern auch im zweiten und dritten ansteckend sein kann, dass das späte kondylomatöse Stadium seine ganz typischen, und deshalb oft als tertiäre Erscheinungen ausgesprochenen Symptome darbietet, und dass daher alle Prostituirten, welche keine deutlichen tertiären Erscheinungen darbieten, gefährlich sein können, sobald sie nur «unbestimmte» Ulcerationen an den Genitalien aufweisen. Das tertiäre Stadium des Lues selbst betrachtet Verfasser als nicht infectionsfähig.

Fournier (St. Louis): **Ueber Neurasthenia syphilitica.** (La Médecine moderne Nr. 77, 1893.)

M. FOURNIER hat über die Häufigkeit des Vorkommens einer Neurasthenia syphilitica Untersuchungen angestellt, insbesondere mit Rücksicht auf die schwierige Differenzialdiagnose gegenüber der Hirn- und Rückenmarkssyphilis.

Als wichtige unterscheidende Merkmale ergeben sich folgende Momente:

1. Bei der Neurasthenie fehlen die bedeutsamen und für anatomische Hirnläsionen charakteristischen Symptome, als Ungleichheit der Pupillen, Zittern der Hände, der Lippen, der Zunge. Desgleichen wird man delirirende Vorstellungen vermissen, welche das Bild der Paralyse einzuleiten pflegen.

2. Dagegen findet sich ein wahrer Ueberfluss an überzähligen Symptomen (Luxe de symptomes inutiles). Der Neurastheniker klagt über alle erdenklichen Schmerzen, über verschiedenartige Hyperästhesien, über allgemeines Mattigkeitsgefühl, Dyspepsien, Palpitationen, Störungen der sexuellen Sphäre, leichte Gemüthserregbarkeit. Keines dieser zahlreichen Symptome bietet der Paralytiker.

3. Symptome, welche das Bild einer organischen Erkrankung vortäuschen. Diesem Momente schreibt FOURNIER die grösste diagnostische Beweiskraft zu. Die Klagen der Neurastheniker construiren das verzerrte Scheinbild einer anatomischen Krankheit. Sein Tremor zeigt sich aber blos in Augenblicken psychischer Erregung. Er klagt über Gedächtnissschwäche und gibt dabei correcte Antworten, wenn er über Ereignisse aus seinem vergangenen Leben ausgefragt wird. Man findet Unfähigkeit zu geistiger Sammlung, nicht aber jene tiefen Lücken der Erinnerung, welche den Paralytiker charakterisiren.

Der Kranke gibt vor, verrückt zu werden. Geht man der Sache auf den Grund, so stösst man auf correctes Raisonnement. Sein Denken ist träge und schwerfällig, aber ohne einen Defect der Intelligenz.

Er sucht endlich nach vernünftigen und möglichen Erklärungsgründen für seine Krankheit, der Paralytiker dagegen fühlt sich krank, ohne dafür eine plausible Ursache angeben zu können.

Der Neurastheniker wird durch den Arzt gebessert. Durch psychische Beeinflussung werden viele von ihnen in 8—10 Tagen geheilt. Auf den Paralytiker bleiben Vernunftsgründe ohne Wirkung.

Auch von der Tabes dorsalis ist Neurasthenia syphilitica auseinanderzuhalten; bisweilen ist diese Trennung nicht leicht, wie bei der Pseudotabes neurasthenica. Dabei kommt Folgendes in Betracht.

1. Bei der Neurasthenie sind die Patellarsehnenreflexe normal oder gesteigert, bei Tabes verschwunden oder herabgesetzt. Hier sind die Pupillen normal, dort findet sich Myose.

2. Die Harnblase functionirt regelrecht bei der Neurasthenie, bei der Tabes versagt sie (vessie paresseux.)

3. Bei Tabes fehlt wiederum der ganze complicirte Symptomencomplex des Neurasthenikers, der auf eine Gesammterkrankung des Nervensystems hindeute.

Bei dem häufigen gleichzeitigen Auftreten von Neurasthenie und Syphilis erscheint ein blos zufälliges Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten ausgeschlossen. Ausserdem spricht das häufige Ausbrechen der Neurasthenie eben zur Zeit eines heftigeren Nachschubes von Syphilis für einen inneren Zusammenhang, zumal sich häufig kein anderes ätiologisches Moment für Neurasthenie vorfindet. Als infectiöse und anämisirende Krankheit ist Syphilis sehr wohl geeignet, tiefe Zerrüttungen des Nervensystemes hervorzurufen.

Unter 3429 Fällen von Syphilis, fand FOURNIER 787 mal Erscheinungen von Seite der Haut, 1085 mal Affectionen des Nervensystemes. Letztere Fälle gehörten zumeist dem tertiären Stadium der Syphilis an. *W. Sch.*

Chalbert: Paralysis agitans und Hysterie. (Arch. de Neurol. 1893, Nr. 76).

Ein circa 60 Jahre alter Mann, der in einer früheren Altersperiode an Krämpfen gelitten hatte, wurde vor etwa 4 Jahren in Folge heftiger Gemüthsbewegungen von einem Zittern an der linken Hand ergriffen, das in kurzer Zeit allgemein wurde, so dass man gegenwärtig alle Zeichen der PARKINSON'schen Krankheit bemerken kann (Tremor, Rigidität, besondere Körperhaltung und besonderer Gang). Ueberdies besteht Dyschromatopsie und Einschränkung des Gesichtsfeldes, Alteration des Geruch- und Gehörsinnes. Verfasser glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Coëxistenz der Paralysis agitans und der Hysterie handle. CHALBERT betrachtet diese zwei Neurosen als sehr nahe zu einander stehend, und es frägt sich, ob nicht sowohl die eine als auch die andere von einer und derselben Primordialneurose herrühren, deren Modalitäten unter der Herrschaft des Alters der Kranken stehen.

A. D.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Die pastorale Medicin einst und jetzt. — Virchow's und Jolly's jüngste Reden. — Seelsorge und Irrenpflege.

Berlin Ende September 1893.

Der Niedergang des ärztlichen Standes kann nicht oft genug betont werden: Gutta cavat lapidem. In crassem Widerspruche stehend zu den anerkannten Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, hängt er zusammen nicht bloss mit gewissen allgemeinen socialen Verhältnissen, sondern auch mit specielleren Fragen, so namentlich mit den sogenannten Satzungen des Krankenkassengesetzes. Und wenn es kaum begreiflich ist, dass der Staat Wohlthaten erweist auf Kosten eines Standes, — so haben wir Aelteren als Scholamen anderer

Analoga aufzuweisen, beispielsweise in der früheren Zwangspflicht der ärztlichen Hilfeleistung, einer Pflicht, der gegenüber staatlicherseits den Aerzten das bedeutsame Aequivalent, das Privilegium zu curiren, geboten ward: freilich ein Privilegium sonderbarer Art, das durch Arbeit und Opfer ehrlich verdient war! Seit einiger Zeit nun macht sich ein anderes Specialkapitel zu Ungunsten des ärztlichen Standes geltend, nämlich eine Art Wiederbelebung der alten pastoralen Medicin. Erklärlich wird auch diese Erscheinung in einer Zeit, in der Männer wie Herr KNEIPP und AHLWARDT ihre Orgien feiern, — einer Zeit, in der der Rector magnificus der ersten deutschen Universität, in heiligem Zorne der akademischen Welt Quos ego zurufen muss, ob ihrer Theilnahme an hetzerischen und unmenschlichen Bestrebungen.

Die pastorale Medicin des Alterthums, welche von den Uranfängen der Heilkunde bis zu ihrer ersten wissenschaftlichen Begründung, oder bis zu Hippokrates reicht (ca. 400 n. Chr.) hätte, abgesehen von dem historischen Werthe an sich, den jede Erscheinung als Glied des Ganzen besitzt, der Wissenschaft weiter keinen Nutzen gebracht, wäre nicht, wie z. B. in den Asklepiadentempeln, der alte Gebrauch beobachtet worden, dass die Genesenen Abbildungen ihrer Uebel bei chirurgischen Krankheiten, oder bei inneren Leiden Votivtafeln, worauf kurz die Krankheit und die Art ihrer Heilung beschrieben war, dem Tempel weihten. Diese Abbildungen und Tafeln haben, etwa analog dem Papyrus und den demotischen Inschriften, die Grundlage abgegeben für spätere Schulen und Forschungen.

Unter den Priesterkasten der alten Völker hat die der Hellenen es am weitesten gebracht in der Ausübung der Heilkunde und geniest demgemäss hohes Ansehen. So geht die Sage, dass Aesculap, wahrscheinlich ein König von Thessalien, als «Ophiuchos» unter die Sterne versetztt und als Schutzgott der Heilkunde gedacht wurde. Die Mythe nennt ihn einen Sohn des Apollo und der Koronis, der Tochter des Phleggar, Königs der Lapithen. Er starb der Sage nach wegen der Wiedererkrankung des Tyndarus durch Jupiter's Blitz, was jedoch nach Andern eine Methapher für Lungenbrand sein soll und auch von den Dichtern als Strafe für seinen Eigennutz angesehen ist.

Aesculap's Söhne waren Machaon und Podalerios, seine sechs Töchter, zu denen Hygea, Panacea und Rome gehören, scheinen nur als allegorische Wesen von den Dichtern erfunden — Machaon begegnen wir im trojanischen Kriege, besungen als ανηρ πολλων ανταξιος ανθρωπων. Er und seine weiteren Nachkommen führten den Dienst des Aesculap in Griechenlend und dessen Colonien ein, und so wurde bei der tiefen Ueberzeugung von der Macht des Gottes, der Aeculapen- oder Asklepiaden-Cultus bald zur Nationalsache und als solche in öffentlichen Spielen und bei bedeutenderen Tempala celebrirt. Selbst in den kleinsten Städten entstand ein Tempel des Aesculap und somit eine Art Hospital und Schule für Heilkunde. Sie lagen ausserhalb der Stadt von Hainen und Gärten umgeben, hatten stets gesundeste Lage, auf Bergen und Flüssen oder an Heilquellen. Ein ehrwürdiger strenger Ritus, der Ruf der wunderbaren frühen Heilungen, erhielten den Glauben an die Heiligkeit des Ortes, dem man sich nur nach bestimmten Reinigungen und Vorbereitungen durch Bäder, Fasten und Salben nähern durfte.

So etwa, wir würden heute sagen per suggestionem wirkte die alte pastorale Heilkunst. Daneben aber darf nicht vergessen werden, dass sie in hygienischer und chirurgischer Beziehung Tüchtiges geleistet hat. Man denke an die indischen Operationsmethoden, an die mosaischen Speisegesetze und sonstigen Vorschriften.

So wenig wir nach alledem den Werth der pastoralen theosophischen Heilkunde für jene Zeiten unterschätzen, so müssen wir doch heutzutage gegen das Fortbestehen sesp. Wiederbeleben solcher Dinge entchieden Front machen. Eine «Renaissance» der Heilkunst gibt es nicht. Befremdlich und bedauerlich ist es, dass der Wunderschwindel und allerlei Afterweisheit, — Homöopathe, Naturheilmethode u. s. w., selbst in gebildeten und pastoralen Kreisen immer noch zahlreiche Anhänger finden. Diese Ercheinung wird indess von unserem Altmeister VIRCHOW in der oben angedeuteten Rede («Die Gründung der Berliner Universität und der Uebergang aus dem philosophischen und das naturwissenschaftliche Zeitalter») treffend erklärt, indem er sagte: «Unsere Zeit, die in ihrem wissenschaftlichen Gefühl so sicher und siegesfroh ist, übersieht ebenso leicht wie die frühere die Stärke der mystischen Regungen, welche von einzelnen Abenteurern in die Volksseele getragen werden. Noch steht sie rathlos vor dem Räthsel des Antisemitismus, von dem Niemand weiss, was er eigentlich in dieser Zeit der Rechtsgleichheit will; und der trotzdem, vielleicht auch deshalb, fascinirend selbst auf die gebildete Jugend wirkt u. s. w.». — Aehnlich äusserte sich Herr Professor JOLLY, der Direktor unserer psychiatrischen Klinik, in seiner jüngsten Rede über: «Irrthum und Irrsinn» (Festrede zum Stiftungstage der militärärztlichen Bildungsanstalten): Fascination wirkt auf die Dauer in verkehrter Richtung nur auf zu geistiger Erkrankung Disponirte. Es kommt bei ihnen zur Folie simultanée oder communiquée. Die Folie communiquée bildet den Uebergang zu den psysischen Krankheiterscheinungen des «epidemischen Unsinns», bei dem es sich um die einfache Aufnahme fascinirender Ideen ohne jedes Krankheitszeichen handelt. Die Ideen werden nicht durch einen Fehler in den Denkprocess aufgenommen, sondern sie blieben lebhaft, weil sie vermöge einer gewissen Denkfaulheit nicht corrigirt werden. Mag der Prophet einer solchen Gemeinde noch so krause Gedankensprünge machen, seine Anhänger leben in dem Vertrauen, dass er die Beweise für dieselben noch «in seinen Akten» habe und in diesem Vertrauen verzichten sie auf eigenes Urtheil.» — So Herr VIRCHOW und Herr JOLLY. Andererseits müssen wir uns in die eigene Brust schlagen und reuig bekennen, dass ärztlicherseits gegen all jenen Unfug zu wenig geschehen ist. Die übertriebene Vornehmthuerei rächt sich auch hier. Jetzt endlich scheint man sich zu einer energischen Reaction aufraffen zu wollen.

Bis vor Kurzem bestand über die Stellung der Seelsorger in der Irrenpflege kein Zweifel. Es stand fest, dass der Seelsorger in der Irrenanstalt nur dann in Thätigkeit zu treten hat, wenn der Irrenarzt dies für nothwendig erachtet und nur so weit, als es diesem im Interesse der Kranken geboten erscheint. Der Seelsorger galt nur als der Gehilfe des Arztes, dessen Willen an erster und letzter Stelle massgebend war. Gegen diese festgelegte Ordnung der Verhältnisse zwischen Irrenarzt und Seelsorger macht in neuerer Zeit der «Verband deutscher evangelischer Irrenseelsorger» Front. Dieser Verband, von dem bekannten Bielefelder Pastor von BODELSCHWINGH und den Pastoren HAFNER und KNODT 1889 begründet, hat in seinen Jahreskonferenzen die Absicht zu erkennen gegeben, die Irrenpflege nach Möglichkeit in geistliche Hände zu bringen. Zu Anfang liess man nur verlauten, dass es dem Verbande darauf ankomme, die Thätigkeit des Seelsorgers in der Irrenanstalt zu verbreitern und zu verstärken. Allmählich aber ist auch die letzte Absicht zu Tage getreten, die darauf hingeht, den Geistlichen zum Leiter in der Irrenanstalt und den Arzt zu seinem ungeordneten Gehilfen zu machen. Als sein letztes erwünschtes Ziel stellt v. BODELSCHWINGH ausdrücklich hin, «dass die Kirche selbst Heilanstalten baut und die ärztliche Hilfe nur so weit in Anspruch nimmt, als dieselbe für die mit der Seelenkrankheit verbundene leibliche Krankheit nöthig ist.» Diese Ansprüche und Absichten gründen sich auf die Anschauungen, dass psychische Erkrankungen auf «dämonische» Einwirkungen zurückzuführen sind. Die Geisteskranheit wird von einem der Führer des Verbandes als ein Ausfluss der Sünde bezeichnet. Ein anderer will auf das strengste daran festgehalten wissen, dass auch der Geisteskranke bis zu einem gewissem Grade Willensfreiheit besitze und deswegen für sein Thun verantwortlich sei. Diese Anschauungen stehen in striktem Gegensatze zu den Lehren der Psychiatrie, die ganz und gar in der Erkenntniss wurzelt, dass die geistige Erkrankung in ihrem Wesen durchaus der körperlichen Erkrankung gleich steht und dass kein Geisteskranker für sein Thun irgendwie zur Rechenschaft zu ziehen ist. Demgemäss verlangt die Psychiatrie, dass die Behandlung der Irren ausschliesslich Sache der psychiatrisch gebildeten Aerzte sein soll. Die stetigen Uebergriffe des Verbandes der Irrenseelsorger gaben in diesem Jahre dem Vereine der deutschen Irrenärzte den Anlass, in seiner Jahresversammlung zu Frankfurt am Main im Mai d J. über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Seelsorge seine Anschauungen kund zu geben. Man verkannte nicht, dass der Ver-

band der Irrenseelsorger nur eine kleinere Gruppe von Pastoren, die an Irrenheilanstalten wirken, umfasst, dass viele Irrenseelsorger die Bestrebungen des Verbandes nicht billigen. Ins Gewicht fiel aber, dass jener Verband, wie ZINN-EBERSWALDE sagte, eine «kleine aber sehr mächtige Partei» darstellte stellte und dass bei den Laien, den einzelnen wie bei Behörden, über die Ziele des Verbandes nicht die richtige Anschauung besteht. Nicht weniger kam in Frage, dass der Seelsorger-Verband auf das eifrigste seine Ziele verfolgt, obwohl der evangelische Oberkirchenrath diesen nicht zustimmt. In einer Mittheilung an die Generalsynode von 1891 stellt es der Oberkirchenrath nämlich als Grundsatz hin, dass die pastorale Einwirkung sich den Vorschriften der Irrenärzte unterzuordnen habe. Auf die Thesen, in denen der Verein der deutschen Irrenärzte die Uebergriffe von BODELSCHWINGH und seinen Anhängern zurückwies, hat der Verband der deutschen Irrenseelsorger in seiner vierten Conferenz, die am 5. September in Halle stattfand die folgenden Thesen aufgestellt;*) «1. Die Conferenz deutscher evangelischer Irrenseelsorger hat sich keine andere Aufgabe gestellt als die, das Gebiet der Irrenseelsorge theoretisch zu bearbeiten und für die praktische Ausübung derselben nützliche Anregungen zu geben. 2. Auch die Conferenz sieht die Irren als Kranke an, welche wie andere Kranke ärztlich zu behandeln sind. Zugleich betont sie aber, dass die Geisteskranken auch den Anspruch auf volle seelsorgerische Pflege haben. Die Conferenz erkennt dankbar an, was ärztlicherseits zur Einführung der Seelsorge an Irrenanstalten geschehen und gestattet ist. Sie erstrebt, dass, was noch nicht der Fall ist, den berufenen Anstaltsgeistlichen das Recht freier Ausübung der Seelsorge an den Kranken gewährleistet werde. Insbesondere erstrebt die Konferenz: a) dass, so weit irgend thunlich, an grösseren Irrenanstalten ein eigener Hausgeistlicher angestellt werde; b) dass, wo dieses nicht möglich ist, doch für regelmässigen Gottesdienst sowie seelsorgerische Pflege der Einzelnen Sorge getragen werde; c) dass dem Geistlichen grundsätzlich der Zutritt zu allen Kranken freistehe und eine Einschränkung nur da eintrete, wo es die Rücksicht auf den Zustand des Kranken gebietet. 3. Für die von einzelnen Mitgliedern in den Versammlungen der Conferenz vorgetragenen theologischen, psychologischen und psychiatrischen Anschauungen ist die Conferenz als keineswegs verantwortlich. Sie hat über solche Anschauungen auch nie Beschlüsse gefasst. Sie überlässt es den in den Thesen der deutschen Irrenärzte angegriffenen Personen, Anstalten und Corporationen, ihre Anschauungen zu vertreten. 4. Der Conferenz ist es einzig und allein um das Wohl der Kranken zu thun. Sie bedauert den entstandenen Streit und erstrebt ein einträchtiges Zusammenwirken mit den Irrenärzten und rechnet bei Erfüllung ihrer Aufgaben ebenso auf deren Unterstützung, wie sie ihrerseits jede nur mögliche Unterstützung des ärztlichen Wirkens zur Pflicht macht.

K.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Catania. Dr. Gius. Mismaca, Privatdocent an der medicinischen Facultät in Palermo, hat sich als Privatdocent für gerichtliche Medicin an der Universität Catania habilitirt.

— Birmingham. Dr. O. Kaufmann wurde zum Professor der allgemeinen Pathologie ernannt.

— Odessa. Zum temporären Leiter der Odessaer bacteriologischen Station ist an Stelle des als Professor der Hygiene nach Krakau berufenen Dr. Buiwid neuerdings Dr. Peter Diatroptow ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Die erste Sitzung des Wiener medizinischen Clubs fand am 18. d. M. statt. Nach der Demonstration, über welche an anderer Stelle unseres Blattes berichtet wird, wurden die Herren Dr. Josef Breuer, Prof. Kraus und Docent Dr. Limbeck zu Vorsitzenden in den jeweiligen Sitzungen per acclamationem gewählt. — Am 27. Oktober findet die feierliche Eröffnungssitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte im neuen Hause (Frankgasse 8) unter dem Vorsitze des Präsidenten statt. Das Programm enthält: 1. Die Begrüssung der Gäste und der Gesellschaft durch den Präsidenten, 2. Festvortrag von Prof. Dr. Th. Puschmann: «Medizinisches Vereinswesen in alter und neuer Zeit.»

*Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 14. October d. J. wurde nach Mittheilung des Standes der in Abnahme begriffenen Cholera-erkrankungen in Galizien, wo dieselben bei nur mehr sporadischem Auftreten in zehn politischen Bezirken bestehen, sowie nach Mittheilung der Choleraverbreitung in Ungarn, Bosnien und in auswärtigen Staaten zur Erledigung der Tagesordnung geschritten, welche sich auf nachstehende Gegenstände erstreckte: Vorschlag zur Besetzung der erledigten Stelle eines ordinirenden Arztes einer medicinischen Abtheilung in der k. k. Krankenanstalt Rudolphstiftung in Wien und der in demselben Krankenhause erledigten Prosectorstelle (Referenten die O. S. R. Hofrath Prof. Dr. A. Drasche, Hofrath Prof. Dr. Herm. Freih v. Widerhofer, Prof. Dr. A. Weichselbaum). Bei dem Vorschlage zur Besetzung der letzteren Stelle wurde auch die Leitung des im Rudolphspitale neuerrichteten Institutes für Schutzimpfungen gegen Hundswuth in Betracht gezogen. Begutachtung des Entwurfes einer Todtenbeschau-Ordnung. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. Ritt. v. Hofmann.) Anlässlich der Erstattung des Referates über diesen Verhandlungsgegenstand wurden die Gesichtspunkte festgestellt, welche bei Verfassung oder Revision derartiger Todtenbeschau-Ordnungen mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand der Wissenschaften beachtet werden sollen. Gutachten über die Errichtung eines Spodium-Wiederbelebungsofens bei einer Stärke- und Syrupfabrik. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) Mittheilung über die Untersuchungsergebnisse und Gutachten über den Kupfergehalt der in kupfernen Kesseln erzeugten Käsesorten. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer) Zum Zwecke der Erstattung dieses Gutachtens waren über Veranlassung des Obersten Sanitätsrathes eine grosse Anzahl in kupfernen Kesseln erzeugter Käsesorten einer genauen chemischen Untersuchung unterzogen worden, welche das Resultat ergaben, dass eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit dieser Käsesorten durch Aufnahme von Kupfer bei der Erzeugung in blank gescheuerten Kupferkesseln nicht zu besorgen sei, dagegen bei der Käseerzeugung anderweitige sanitäre Uebelstände hintanzuhalten wären. Weiterhin trat der Oberste Sanitätsrath in eine Discussion ein über die Massnahmen, durch welche eine entsprechende Evidenzhaltung der Infectionskrankheiten, insbesondere in Curorten und Sommerfrischen zu sichern wäre, um eine Gefährdung der zur Cur oder Erholung daselbst verweilenden Parteien hintanzuhalten. Zum Schlusse machte der Präsident, O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ed. Ritt. v. Hofmann, Mittheilung über den plötzlichen Todesfall eines Mediciners, welcher während eines verhältnissmässig kurzen Verweilens in dem zur Wohnung gehörenden Badecabinete in Folge von Vergiftung durch Kohlenoxydgas verunglückte und dessen Leiche zur sanitätspolizeilichen Obduction gelangte. Diese Vergiftung wurde hervorgerufen durch eine mit der Badewanne verbundene Heizvorrichtung, bestehend aus einem mit Holzkohle gefüllten, offenen Blechgefässe, dessen Inhalt behufs Anwärmung des Wassers durch eine Spiritusflamme in Gluth versetzt wurde und Kohlenoxydgas in den Baderaum ausströmen liess, da ein nach auswärts führendes Ableitungsrohr nicht angebracht war. Der Refenret fügte aus seiner reichen gerichtsärztlichen Erfahrung in Wien hinzu, dass sich ausser diesem Falle schon 3 Todesfälle durch Kohlenoxydgasvergiftung in privaten Badelocalitäten zugetragen haben, welche mit Wahrscheinlichkeit auf dieselbe Ursache zurückzuführen sein dürften, und erwähnte ausserdem mehrere andere Vergiftungen durch Kohlenoxydgas bei Gewerbsleuten, welche mit offenen, durch glühende Kohlen geheizten Vorrichtungen hantirten. Der Oberste Sanitätsrath nahm von dieser Mittheilung Anlass zum Beschlusse, dass die Bevölkerung auf die von ihr gemeiniglich viel zu sehr unterschätzte Gefährlichkeit des Kohlenoxydgases aufmerksam zu machen und vor

*) Wir haben seinerzeit von dieser These Notiz genommen. (D. R.)

der Benützung aller mit glühenden Kohlen beschickten Heizapparate, welche nicht mit Abzugröhren zur Ableitung der entströmenden Feuergase nach auswärts versehen sind, eindringlichst zu warnen wäre, in welcher Beziehung namentlich auf die mit glühenden Kohlen erhitzten Bügeleisen, auf mit Abzugsröhren nicht versehene Carbon-Natronöfen, auf mit Abzugsröhren nicht versehene, mit glühenden Kohlen geheizte Wärmvorrichtungen bei Badewannen, auf die Aufstellung eiserner Körbe mit brennenden Kohlen zum Austrocknen feuchter Räume in Gebäuden bei Verschluss derselben, endlich auf die Abschliessung von noch mit Gluth versehenen Oefen durch Ofenklappen hingewiesen wurde.

* Aerztekammerwahl im IX. Bezirke. Mittwoch, den 18. d. M. fand im Hotel Union eine Versammlung der Aerzte des IX. Bezirkes statt, in welcher unter dem Vorsitze Prof. Schenk's Dr. Porges über die Vorarbeiten behufs Gründung eines Vereines der Aerzte im IX. Bezirke berichtete. In dieser Richtung sei alles soweit schon gediehen, dass nur die Genehmigung der Statthalterei abgewartet werden müsse. Das Comité schlug als Candidaten vor die Herren: Dr. v. Britto, Dr. Fleischmann, Prof. Kolisko, Docent Hochenegg, Docent Tölg, Dr. Leop. Weinberger und Dr. Max Herz. Dr. Schlesinger macht darauf aufmerksam, dass man den Schöpfer der Aerztekammern, Herrn Dr. Karl Kohn, über das Werk nicht vergessen dürfe und dass das Wahlcomité diesen Mann ebenfalls als Candidaten aufstelle. Die Krankenhausärzte nominirten als Candidaten Prof. Kolisko, und legte demnach Dr. Herz eine Liste mit 150 Unterschriften vor, welche dessen Candidatur befürworten. In den nun an die Candidaten gestellten Interpellationen erklären sich dieselben für die freie Aerztewahl bei den Krankenkassen. Bei der nun vorgenommenen Wahl wurden 71 Stimmzettel abgegeben, wobei die Herren Prof. Kolisko, Dr. Fleischmann, Docent Hochenegg und Dr. Herz die absolute Majorität erhielten.

* Todesfälle. In Wien der bekannte Kinderarzt Dr. Emanuel Kolisch im 66. Lebensjahre; der treffliche Chirurg des Garnisonsspitals Nr. 1, Oberstabsarzt Dr. Fillenbaum, Mitglied des Militärsanitätscomités, im 51. Lebensjahre. — In Toullon le Fylde (England) Charles Clay, 92 Jahre alt; er war seit 1823 als praktischer Arzt thätig gewesen; und vollführte im Jahre 1842 seine erste Ovariotomie.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Während in der Vorwoche ein erfreulicher bedeutender Rückgang der Zahl der Neuerkrankungen an Cholera zu verzeichnen war, hat in der letzten Woche (10. bis 17. October früh) wieder eine grössere Verbreitung der Krankheit stattgefunden. Es kamen in 31 zu 10 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 117 (in der Vorwoche 82) Choleraerkrankungen und in 27 Gemeinden 63 Todesfälle zur Anzeige, von welchen letzteren 9 Fälle Kranke aus früheren Berichtswochen betrafen. Der Zuwachs kommt zum geringsten Theile auf Rechnung von 3 neu ergriffenen Gemeinden in den Bezirken Lancut, Lisko und Staremiasto, vielmehr wesentlich auf ein intensiveres Auftreten der Seuche in den Bezirken Bohorodczany, Kolomea, Sanok, Stanislau und Stryi. Namentlich im Bezirke Stanislau weisen die in der Umgebung der gleichnamigen Stadt gelegenen Gemeinden einen gegen die Vorwoche bedeutend erhöhten Krankenzuwachs (43 gegen 19) auf. Die Gesammtzahl der seit 3. August d. J. in Galizien constatirten Cholerafälle beträgt bis 17. October früh: 1113, jene der Todesfälle 651. Die beiden letzten in Krakau vorgekommenen Fälle haben sich nicht als solche von Cholera asiatica erwiesen. Die Lethalitätsziffer beträgt bisher 58·6% der Kranken. — Deutsches Reich. In Stettin traten choleraverdächtige Erkrankungen in grösserer Zahl auf und wurde in 2 Fällen Cholera asiatica bestimmt nachgewiesen. Vom 7. bis 11. October erkrankten (starben) 6, vom 11. bis 12. October 7 (2), vom 13. bis 14. October 8 (5) Personen. — Niederlande. In Rotterdam kamen zwischen dem 2. und 9. October 4 Choleraerkrankungen und 2 Todesfälle vor. Weitere vereinzelte Fälle wurden bekannt aus Haag, Zwyndrecht, Kralingen, Zwolle (5) etc. und mehrfache Fälle auf Schiffen. — England. Eine amtliche Mittheilung beziffert die vom 9. bis 29. September vorgekommenen Erkrankungs- (Todes-) Fälle an Cholera und choleraartiger Diarrhöe in Hull mit 157 (17), Grimsby mit 120 (32), Cleethorpes mit 14 (6), London mit 4 (4). Zwischen dem 17. und 22. September kamen in den Hafenstädten Newcastle 2 Todesfälle, in River Tyne Port and Liverpool je 1 Todesfall, zwischen dem 23. und 29. September in Great Yarmouth 3 Fälle, 2 Todesfälle, Gravesend und Southampton, sowie auf den Orkneys 1 Todesfall vor. — Italien. Aus Livorno wird eine rasche Abnahme der Zahl der Erkrankungen gemeldet, doch hat in den letzten Tagen wieder eine Steigerung der Intensität der Epidemie stattgefunden. Zu Beginn der zweiten Octoberwoche betrug die tägliche Erkrankungsziffer 2—3 Fälle. Am 12. erkrankten 7, am 13. 47 Personen und starben 9 von letzteren. Auch in Palermo hat die Epidemie an Ausbreitung gewonnen. In Rom kam am 9. October wieder ein verdächtiger Fall vor. — Russland. In Russisch-Polen hält sich die Cholera hartnäckig fest, insbesondere im Gouvernement Lomsha, aus welchem zwischen 14. September und 6. October n. St. 825 Erkrankungen und 406 Todesfälle bekannt wurden. Im Allgemeinen ist die Epidemie in Russland zwar in Abnahme, herrscht jedoch mit Ausnahme weniger Gouvernements noch fast im ganzen europäischen Gebiete. — Rumänien. Die täglich ausgegebenen Nachweisungen des Standes der Cholera lassen in der Woche vom 2.—8. October einen weiteren bedeutenden Rückgang der Seuche erkennen.

* Gasteiner Thermalwasser-Versendung. Soeben kommt uns die für unsere Leser gewiss interessante Nachricht zu, dass die Generaldirection der Allerhöchsten Familienfonde als Verwaltungsbehörde der Thermalquellen Gasteins, das Thermalwasser von nun an auch in Versandt bringt u. zw. nicht nur in kleineren Gefässen, sondern auch in Glasballons zu 65 Liter zu Badezwecken. Es wird dadurch die Möglichkeit geboten, im Hause und zur rauhen Jahreszeit, sowie in entfernteren Gegenden Gasteiner Thermalbäder zu erhalten. Aber auch als gutes, bacterienfreies Trinkwasser dürfte das Gasteiner Thermalwasser willkommen sein für Orte mit schlechtem Trinkwasser überhaupt, oder zu Zeiten von Epidemien, wie gerade jetzt — Cholera — für verseuchte Gegenden, um so mehr, als auch der Preis des Thermalwassers sehr niedrig gestellt sein soll — Wir können daher dieses neue Unternehmen nur freudigst begrüssen, und kommen sicher noch darauf zurück.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Ostředek (Böhmen, 11 Gemeinden mit 4238 Seelen auf 53 1 Qu.-Kilom. Fläche). Gehalt 400 fl., Reisepauschale 200 fl., ausserdem freie Wohnung in der Gemeinde Ostředek und 15 Meter Holz. Die Stelle wird vorläufig auf die Dauer eines Jahres provisorisch verliehen. Mit den im § 5 des Sanitätsgesetzes vom 23. Februar 1888 bezeichneten Documenten belegte Gesuche sind bis 31. October d. J. an den Bezirksausschuss in Beneschau bei Prag einzusenden.

Gemeindearztesstelle für die Gemeinde Gradac (Dalmatien). Honorar 1000 fl., in monatlichen Anticipativ-Raten. Für Visiten auf dem Lande besondere Gebühr je nach der Entfernung. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Dauer des Contractes drei Jahre. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde und der vollkommenen Kenntniss der croatischen Sprache sind bis Ende October l. J. an die Gemeindeverwaltung Gradac zu richten.

Gemeindearztesstelle in Vermiglio (pol. Bezirk Cles, Tirol) mit einer Einwohnerzahl von 1545 Seelen Jährlicher Gehalt 1200 fl., Hausapotheke, Freiwohnung, Brennholz jährlich 27 Kubik-Meter. Verpflichtung zur Gratisbehandlung sämmtlicher Gemeindeangehörigen. Gesuche sind bis 1. November 1893 bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft in Cles einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Fortopus, polit. Bezirk Metkovic (Dalmatien), 1600 fl. Jahresgehalt. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen Sprache bis 24. October d. J. an die Gemeindeverwaltung von Fortopus.

Sanitätsassistentenstelle bei der Landesregierung in Klagenfurt (Kärnten). Adjutum 500 fl. Vorschriftsmässig belegte Gesuche sind an das k. k. Landespräsidium zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 9 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Die Typhusepidemie in Fünfkirchen, verursacht durch Infection der Wasserleitung". Von Dr. Leopold Loewy, hon. Comitatsphysikus in Fünfkirchen (Ungarn).

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 29. October 1893. Nr. 44.

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 0—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12 50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die chirurgische Behandlung des Idiotismus.

Von

Prof. Enrico Morselli.

Vorstand der psychiatrischen Klinik an der kön. Universität zu Genua.*)

Eine jüngste Veröffentlichung BOURNEVILLE's bringt die Frage der Behandlung der Idiotie mittelst der Schädeltrepanation und Cranioectomie von neuem in Fluss. Der hervorragende französische Psychiater, dessen Competenz in dieser Frage hier nicht bestritten werden kann, da er schon seit vielen Jahren die Abtheilung der epileptischen Idioten und der geistig Zurückgebliebenen im grossen «Hospice Bicêtre» leitet, verurtheilt in entschiedener Weise die Begeisterung für die chirurgische Behandlung der geistigen Hemmungen und sucht dafür die Superiorität der medizinisch-pädagogischen Behandlung darzuthun.[1])

Da ich selbst seit Jahren für diese Behandlung eintrete und fast täglich Gelegenheit habe, die wohlthätigen Wirkungen derselben in einer eigens hiezu errichteten Anstalt zu beobachten, so drängt es mich, an der Hand der von BOURNEVILLE aufgestellten Behauptungen, den Gegenstand näher ins Auge zu fassen.

Gross ist die Zahl der Operationen, die in den letzten drei oder vier Jahren am Schädel von Idioten durch Chirurgen, insbesondere Franzosen, Amerikaner und Engländer, ausgeführt wurden. FULLER aus Montreal war es, der als Erster im Jahre 1878 die Cranioectomie bei einem blödsinnigen Knaben «um dessen Hirn sich ausdehnen zu lassen» vorgenommen hat. Später im Jahre 1890, äusserte GUÉNIOT die Ansicht, dass die Operation in analogen Fällen von Nutzen sein könnte. LANNELONGUE war es nun, der diese Idee auf das praktische Gebiet übertrug, indem er die Schädeltrepanation und die Abtragung von Schädelsegmenten, in der Absicht die aufgehaltene Entwicklung der intellectuellen Kräfte zu fördern, in vielen Fällen ausführte.

*) Nach «Gazzetta degli Ospitali», 1893, Nr. 102.

[1]) BOURNEVILLE. Du traitement chirurgical et médico-pedagogique des enfants idiots et arriérés. (Progrès Med. Bd. XVII. Juni 1893.)

Die Ergebnisse des berühmten französischen Chirurgen liessen sich bald wie folgt zusammenfassen: 25 Operationen, 24 Heilungen (natürlich ist darunter die Heilung der Operationswunde verstanden). ein Todesfall binnen acht Stunden; Durchschnittsdauer der post-operatorischen Behandlung 10 Tage; auf die 25 Operirten entfallen 13 Knaben und 12 Mädchen. Das von ihm vorgezogene Behandlungsverfahren war, wie ich bereits sagte, die Cranioectomie und die Abtragung eines Schädelabschnittes im longitudinalen Sinne von vorne nach hinten. Als Hauptzweck dieser Operation bezeichnete LANNELONGUE «die Rückgabe an die Gesellschaft, sowohl vom intellectuellen und moralischen Standpunkte aus, als auch in physischer Beziehung, von Individuen, die zu der elendsten der Existenzen verdammt sind» mit anderen Worten: «die plötzliche (!) Regeneration und Umgestaltung dieser von der Natur Enterbten.»

Welche waren aber die endgiltigen Resultate jener Operationen? Allzurasch liess sich Herr LANNELONGUE herbei, der Operation sein Loblied zu singen. «Meine Operirten» schrieb er «werden heute mit dem grössten Eifer regelmässig beobachtet und untersucht, und ich habe zur Stunde Daten in der Hand, die mir gestatten, zu behaupten, dass die Mehrheit von ihnen entschieden gebessert erscheint. Da jedoch viele meiner Operationen noch recenten Datums sind, so beschränke ich mich heute darauf, meinen Kollegen einen flüchtigen Bericht zu erstatten, in der Zuversicht, später die erlangten Resultate voll bekannt geben zu können.»

Ganz richtig bemerkt BOURNEVILLE, dass seit dem Tage, da LANNELONGUE diese Erklärung auf dem Kongresse der französischen Chirurgen im Frühjahre des Jahres 1891 abgab, über zwei Jahre verstrichen sind, und dass man nichts Sicheres über seine Operirten in Hinblick auf ihren geistigen und physischen Zustand erfahren hat.

Aber trotz dieses Stillschweigens fand der kühne französische Chirurg Nachahmer, und Herr BOURNEVILLE hat wohl 83 Fälle von Cranioectomie, die von Operateuren verschiedener Länder ausgeführt worden ist, sammeln können.

Die Resultate des operativen Eingriffes sind nichts weniger als günstig: 15 Todte auf 83 Fälle, also eine Mortalität von 18% — sicherlich ein sehr hohes Verhältniss, das zu sehr traurigen Betrachtungen über gewisse chirurgische Unter-

nehmungen Anlass geben würde. Dazu kommt, dass auch in den Fällen, in welchen der Tod nicht eintrat, dennoch fatale Wirkungen beobachtet wurden, wie: Convulsionen und Lähmungen, die auf einen im Hirnorgan künstlich geschaffenen krankhaften Zustand hinweisen. Ueberdies ist die Mehrzahl der Beobachtungen mit so dürftigem und mittelmässigem psychologischen Verständniss zusammengestellt, dass man daraus wenig oder nichts ableiten kann, um die dem trepanirten oder cranioectomisirten Kinde angeblich erwachsenen Vortheile ernstlich zu beurtheilen. Wenn man von einer Besserung spricht, so gibt es noch immer keine Rechtfertigung dieser Behauptung. Fast in keinem Falle hat man die verschiedene Innervationsthätigkeit, die Sensibilität, die Motilität und noch weniger das Gedächtniss, die Aufmerksamkeit, die Gewohnheiten, das Verhalten der Operirten einer genauen Analyse unterzogen.

Um den chirurgischen Pessimismus BOURNEVILLE's zu verstehen (dem ich mich, nach meinen bisherigen Erfahrungen im «Pädagogium» zu Nervi, ohne weiters anschliesse) muss man vor Allem die Operateure fragen, worum es ihnen eigentlich mit der Abtragung von Schädeltheilen zu thun ist. Wir bezwecken damit, so werden sie antworten, eine Erleichterung in der Entwicklung des Hirns, die durch einen frühzeitigen Verschluss der Schädelnähte gehemmt erscheint.

Dies wäre ohne Zweifel einleuchtend, wenn der Schädel eine hermetisch geschlossene Schachtel wäre, die das Hirn comprimirte, so dass ihm jede Wechsthumsmöglichkeit benommen wäre. Vor allem müsste aber gezeigt werden, dass bei der Idiotie diese Synostose der Nähte infolge einer krankhaften oder vorzeitigen Verknöcherung vorhanden ist; dann müsste bewiesen werden, dass die Entwicklung des Hirns in seiner Integrität möglich, oder der intime Bau normal war. Bekanntlich sind wir aber nicht in der Lage am Lebenden zu behaupten, dass irgend eine Naht offen oder geschlossen ist: es fehlt also damit in der Praxis die hauptsächlichste Indication zur Vornahme des operativen Aktes. Die Erfahrung lehrt aber auch, dass bei Idioten und geistig Zurückgebliebenen nicht allein das Wachsthum des Gehirns der Masse und dem Volumen nach gehemmt ist, sondern dass auch dessen Gefüge, und zwar häufig in so arger Weise infolge von entzündlichen Processen von Hydrocephalus, Polioencephalitis, Meningitis etc. alterirt ist, dass jede spätere Wiederherstellung der histologischen Harmonie der psychischen Centren absolut unmöglich ist.

BOURNEVILLE bringt eine ganze Reihe von Thatsachen zur Unterstützung dieser Behauptungen. Vor Allem berichtet er über die Einzelheiten von 22 Autopsien, und weist nach, wie an den Schädeln von Idioten im Allgemeinen die angebliche Synostose der Nähte nicht vorhanden ist. Er unterzieht überdies das Hirn und den Schädel von drei Kindern, an welchen man die Cranioectomie vorgenommen hatte, einer genauen Untersuchung und findet mit Recht, dass die von dem Chirurgen gesetzten Breschen unmöglich dem Hirn eine grosse Expansionsfähigkeit gewähren konnten.

Ich selbst habe mir die Mühe gegeben, sämmtliche Idiotenschädel zu prüfen, die unsere craniologische Sammlung meiner psychiatrischen Klinik besitzt. Abgesehen von einem einzigen infolge durch Rhachitis verunstalteten Schädel, weisen a l l e ü b r i g e n einen vollständigen Nahtverschluss nicht auf: bei der Mehrzahl liegt die Naht vielmehr ganz offen dar; nur ein ganz kleiner Theil von Plagiocephalen und Kinocephalen und ein Scaphocephalus zeigten eine vorzeitige Verwachsung der Sutur, die, nach dem bekannten VIRCHOW'schen Gesetze, perpendiculär zur Deformationsebene steht.

Eine Thatsache ist es, dass das Hirn den Schädel macht, und nicht umgekehrt, und dass die Hirnläsionen, von welchen der Idiotismus abhängt, tiefeingreifend, ausgedehnt und mannigfaltig sind, und die man daher durch die Cranioectomie nicht zu beheben vermag. Dies beweisen am deutlichsten die Befunde BOURNEVILLE's.

In einem Falle (Idiotie als Symptom einer Meningo-Encephalitis) handelte es sich um ein 17 jähriges Mädchen, bei dem im Jahre 1891 die Cranioectomie vorgenommen wurde, und die an Tuberkulose der Lunge und des Peritoneums zu Grunde ging. Der Schädel war asymetrisch, er wies keinen Verschluss der Nähte auf, die für gewöhnlich während der Jugend offen bleiben (Kranz-Sagittal- und Lambdanaht). Auf der Dura mater findet man entsprechend der von der Operation zurückgelassenen Oeffnung, eine Art Pseudomembran von röthlicher Farbe und von der Grösse der Bresche. Ausserdem sind die Zeichen einer vorausgegangenen diffusen Meningo-Encephalitis vorhanden.

In einem zweiten Falle (meningealer Idiotismus), einen 6jährigen Knaben betreffend, wurde die Cranioectomie im Jahre 1889 ausgeführt: der Knabe starb drei Jahre später in Bicêtre an einer Broncho-Pneumonie, ohne in seinem Geisteszustand irgend welche nennenswerthe Aenderung dargeboten zu haben. Am Schädel fand man sämmtliche Nähte offen, die sogar stark gezackt und complicirt erscheinen. Die Schädelknochen sind anderseits sehr dünn; die vom Chirurgen gemachte Oeffnung ist auf dem Wege der Wiederherstellung und die harte Hirnhaut adhärirt an deren Rändern. Auch bei diesem Individuum fand man Zeichen einer Meningo-Encephalitis, insbesondere an der linken Hemisphäre; überdies war das foramen Botalli vollständig offen, während man doch weiss, dass es sich bei der Geburt schliesst: das Fortbestehen dieser wichtigen Entwicklungsanomalie ist ein atavistisches Amphybien-Kennzeichen.*)

In einem dritten Falle (congenitaler Idiotismus) hatte der betreffende Kranke die Cranioectomie zweimal überstanden, und er starb an Tuberkulose, nachdem er durch sein ganzes Leben hindurch eine unvollständige Paralyse in der rechten Körperhälfte ohne Contracturen und athetotische Bewegungen gezeigt hatte. Bei Untersuchung des Schädels findet man noch ein Stück Drainrohr vor, das vom Operateur eingelegt worden war (?!), man constatirt ferner, dass sämmtliche Nähte nicht eine Spur von Synostose aufweisen und dass die drei Knochenbreschen A d h ä r e n z e n d e r D u r a m a t e r u n d L ä s i o n e n s o w o h l d e r P i a m a t e r a l s a u c h d e r d a r u n t e r l i e g e n d e n P a r t i e d e r H i r n r i n d e v e r a n l a s s t h a b e n. Als vorausgegangene Alteration, die wahrscheinlich die Ursache des Idiotismus gewesen, findet man das charakteristische g r a n u l i r t e A u s s e h e n d e r H i r n w i n d u n g e n, das auf Atrophie und primäre Sclerose der grauen Substanz hinweist.

Nach dieser entschiedenen Verurtheilung der chirurgischen Behandlung ist leicht eine praktische Schlussfolgerung daraus zu ziehen. Herr BOURNEVILLE vertheidigt mit Wärme die ä r z t l i c h - p ä d a g o g i s c h e B e h a n d l u n g. Er schreibt: «Die Behandlung muss zu gleicher Zeit eine ärztliche, hygienische und pädagogische sein und auf der SÉGUIN'schen Methode beruhen, die gewöhnlich, in den Vereinigten Staaten Nord-Amerikas und in England angewendet wird», und ich füge hinzu: in Deutschland und im Pädagogium zu Nervi.

Vervollkommnet durch die Einführung neuer Verfahren und mit Verständniss geübt ist dies die einzige Behandlung, die uns gestattet, fast regelmässig eine wirkliche Besserung zu erlangen und die unglücklichen geistige zurückgebliebenen Kinder in den Stand zu setzen, in der Gesellschaft zu leben.

Angesichts der günstigen Resultate, die durch diese Behandlung thatsächlich erzielt werden, kann man nicht umhin ein Gefühl des Trostes zu empfinden. Ohne den Optimismus zu weit zu treiben — denn die Ursachen eines Misserfolges oder eines zuweilen beschränkten Resultates sind ja vielfach und mannigfaltig — hat man nunmehr doch die Verpflichtung, die pessimistischen Anschauungen zurückzuweisen, die manche Irrenaerzte in Bezug auf die erziehliche Methode bei der Behandlung des Idiotismus noch immer vertreten infolge einer Art misoneistischen Misstrauens gegen Alles, was sich ihnen von den üblichen Bahnen der sogenannten «manicomialen Praktik» zu entfernen scheint.

---

*) Vergl. MORSELLI: «Antropologia generale» Turin 1888—93, Heft, XXXI.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Neuropathische Muskelatrophie.

Lasset uns nun zur Betrachtung der zweiten Gruppe der trophischen Paralysen übergehen, nämlich derjenigen, welche von einer Läsion der peripheren Nerven abhängen.

Wenn, wie wir angenommen haben, die normale Ernährung des Muskels von der Integrität der multipolaren Zellen der Vorderhörner abhängt, so ist das Resultat — was den Muskel betrifft — dasselbe, ob wir die multipolaren Zellen zerstören oder blos den Muskel von seinen diesbezüglichen Verbindungen trennen.

Es ist nicht meine Absicht, bei dieser Gelegenheit die Frage zu discutiren, ob es specielle trophische Centren gibt, die von denen, welche den functionellen Leistungen vorstehen, verschieden sind. Es muss nur das Factum constatirt werden, dass nach einer Durchtrennung der Vorderhörner die Muskeln nicht bloss der functionellen Inactivität anheimfallen, sondern auch eine Degeneration eingehen. Die Muskelfasern nehmen an Volumen ab, verlieren ihre Querstreifung, werden getrübt, granulirt oder sie nehmen eine glasige Beschaffenheit an, während die Kerne des Sarcolemma und des interstitiellen Gewebes proliferiren und sich vermehren.

Innerhalb der totalen und partiellen Unterbrechung der Continuität der Achsencylinder gibt es alle Grade der Degeneration von der einfachen, Atrophie der Muskelsubstanz bis zu ihrem gänzlichen Schwund. Die degenerativen Veränderungen in den Nerven und Muskeln geben sich kund durch Veränderungen in ihrem Verhalten gegen elektrische Reize, die zwischen blossen quantitativen Modificationen bis zu der wohlbekannten totalen Inversion des normalen Typus, welche die sogenannte Entartungsreaction darstellt, schwanken. Es ist kaum nöthig, bei den Charakteren und der Vertheilung der atrophischen Paralysen, die von der Läsion irgend eines speciellen motorischen Nerven oder Nervenstammes abhängig sind, bedingt durch Trauma oder Erkrankung, lange zu verweilen.

Diejenigen Muskeln werden gelähmt und atrophisch, welche von den motorischen Nerven des betreffenden Nervenstammes versorgt werden, und die Bestimmung des letztern ist bloss eine Sache der angewandten Anatomie; aber zwischen totaler und partieller Läsion eines Nervenstammes bestehen gewisse Differenzen, welche einen weitgehenden Einfluss auf die Vertheilung der Lähmungen haben, die auf Rechnung einer allgemeinen oder diffusen Affection des peripheren Nervensystems kommen.

So werden in Fällen von Compression eines Nerven nicht alle Functionen, denen dieser Nerv vorsteht und nicht alle Muskeln, welche von ihm innervirt werden, in gleicher Art gestört. Es ist wohl bekannt, dass die sensorischen Functionen eines gemischten Nerven weniger leiden, als die motorischen Functionen unter solchen Bedingungen; somit kann die motorische Leitung gänzlich aufgehoben sein, während die Uebertragung der sensorischen Impulse verhältnissmässig eine normale sein kann; überdies gibt es auch Differenzen in dem relativen Grade der Störung der motorischen und Splanchnicusfasern derselben Nerven. So ist es in Fällen von Läsion des Nervus musculo-radialis oberhalb des Ursprunges der Nerven für die Supinatoren nichts Ungewöhnliches, dass der Supinator longus der Affection entgeht, während die Extensoren des Handgelenks und der Finger ganz gelähmt sein können, oder einige leiden mehr als die anderen.

Aehnlich zeigt sich auch die Paralyse, die nicht selten während der Geburt beobachtet wird, und die zweifellos auf Rechnung von Druck auf den Lumbo-sacral-Plexus kommt, speciell in den vordern Tibiamuskeln, oder in denjenigen, welche von dem Nervus poplieus externus versorgt werden. Aber die lehrreichsten Beispiele hierfür stellen vielleicht die Erscheinungen der Erkrankung des Nervus recurrens am Larynx dar. In Fällen von Druck auf den Nervus recurrens am Larynx sind — wie SEMON [1]) unwiderleglich nachgewiesen hat — die ersten Muskeln, die gelähmt werden und eine degenerative Atrophie eingehen, die hinteren Musculi crico-arytae noidei oder die Abductoren der Stimmbänder.

Hand in Hand damit geht die Thatsache — und sie ist höchst wahrscheinlich von derselben Bedeutung, — dass die Nerven dieser Muskeln, vor Allem diejenigen, welche von dem Nervus recurrens am Larynx versorgt werden, ihre Erregbarkeit verlieren, wenn man sie abkühlt (FRAENKEL und GAD), oder, wenn man sie in vivo für längere Zeit blosslegt (RISIEN RUSSELL), oder nach dem Tode (HORSLEY und SEMON). Die Erscheinungen können nicht dadurch erklärt werden, dass die Fasern der Abductoren in ihrer anatomischen Lage mehr exponirt seien als die der Adductoren, denn, wie RUSSELL nachgewiesen hat, so liegen die Fasern der Adductoren auf der Innenseite oder auf der Trachealseite des Nerven. Die einzige befriedigende Erklärung scheint diejenige zu sein, welche dahin geht, dass die Fasern der Abductoren am schnellsten einer destructiven Läsion unterliegen, einer Läsion, welche alle Fasern des Recurrens am Larynx gemeinschaftlich afficirt. Diese Thatsachen scheinen mir nur die specielle Illustration eines allgemeinen Gesetzes zu sein, das ich vor einigen Jahren im Zusammenhange mit Symptomen von Bleivergiftung und peripherer Neuritis [2]) aufzustellen mich bemühte.

Viele Formen der atrophischen Paralysen, die man früher in eine und dieselbe Kategorie wie die Lähmungen poliomyelitischen oder myelopathischen Ursprungs brachte, werden jetzt, nach den Ergebnissen der neueren Forschungen, mit mehr Recht auf eine primäre periphere Neuritis oder Polyneuritis bezogen. Die zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahre haben ergeben, dass nach gewissen Giften, welche in den Organismus eingeführt werden, unter denen die wichtigsten Blei, Arsenik und Alkohol sind, oder nach Einwirkung specifischer Mikroorganismen, wie bei der Diphtherie, bei der Beri-Beri-Krankheit und bei gewissen Formen der Malaria, als wie auch unter anderen Bedingungen und Zuständen der Blutbeschaffenheit, deren Natur in allen Fällen nicht klar ist, eine Degeneration oder eine parenchymatöse Entzündung der peripheren Nerven auftritt, die einen mehr oder weniger allgemeinen Charakter besitzt, aber gewisse Nerven speciell ergreift und Symptome hervorbringt, von denen viele allen Formen gemein sind, als wie auch andere, welche speciellen Formen zukommen.

In dieser Beziehung möchte ich speciell die experimentellen Untersuchungen von HOMBAULT [3]) erwähnen, betreffend die Resultate einer andauernden Verabreichung von Bleisalzen an Meerschweinchen.

Obgleich keine speciellen Lähmungssymptome auftraten, so zeigten doch die Nerven der Extremitäten ganz besonders eine parenchymatöse Degeneration, die er ihrer Erscheinungsweise und ihrem Charakter nach eine segmentäre perioxiale Neuritis nannte. An verschiedenen Stellen in den Nervenfasern fand sich eine Degeneration des Myelins in verschiedenen Stadien des Fortschreitens.

Eine sorgfältige Untersuchung ähnlicher Art wurde unlängst von Dr. SIDNEY MARTIN angestellt, und zwar betreffend die Einführung von sehr kleinen Dosen toxischer Albumose, welche durch die specifischen Mikroorganismen der Diphtherie hervorgebracht worden waren, in den Organismus. Er fand die Anzeichen einer sehr ausgebreiteten parenchymatösen Degene-

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42, 43, 1893.

[1]) Archives of Laryngology, Juli 1881; Brain, 1892, p. 471.

[2]) The Localisation of Atrophic Paralysis, Brain, Band IV, 1892.

[3]) Archives de Neurologie October 1880.

ration der peripheren Nerven, der cerebralen, spinalen und visceralen Nerven, während die Vorderhörner frei von jedweder Läsion waren.

Eines der Hauptcharakteristica der multiplen Neuritis, gleichgiltig wie dieselbe hervorgebracht wurde, besteht darin, dass die Affection der Nerven, seien es sensorische oder motorische Nerven, eine symmetrische ist. In den Extremitäten zeigen sich die motorischen Symptome zunächst als Schwäche oder Paralyse, besonders der Extensoren der Zehen und der Dorsalflexoren der Füsse, als wie auch der Extensoren der Finger und des Handgelenks, gleichzeitig oder consecutiv. Aber in schweren Fällen besitzt die atrophische Paralyse einen viel extensiveren Charakter und kann fast jeden Muskel im Körper afficiren. Specielle Gifte für die peripheren Nerven haben auch specielle Verwandtschaften zu gewissen Muskeln, auf die ich noch später zurückkommen will.

Mit den motorischen Symptomen finden sich noch combinirt sensorische Symptome, die jedoch bei den verschiedenen Formen beträchtlich variiren. Diese bestehen hauptsächlich in einer perversen und verminderten Hautsensibilität, verbunden mit Schmerz und Empfindlichkeit in den Muskeln und im Verlaufe der Nervenstäme. Die krankhaften Erscheinungen sind namentlich in den distalen Enden der Nerven ausgesprochen, während in der Regel die vorderen und hinteren Wurzeln, als wie auch die Vorderhörner zum grössten Theile frei von der Affection sind. Dies ist jedoch nicht immer der Fall, und es wurden krankhafte Veränderungen in den Nervenzellen der Vorderhörner als wie auch in denen des Gehirns entdeckt, und zwar in Folge der Einwirkung wenigstens vieler jener Gifte, welche beim Hervorbringen von peripherer und multipler Neuritis wirksam sind. Es entsteht somit die Frage, ob der primäre Ursprung der parenchymatösen Neuritis nicht ein functioneller oder dynamischer Zustand der Vorderhörner sein könne. Dies ist die Ansicht, welcher Erb huldigt. Es erscheint gleich schwierig, das Vorhandensein eines solchen Zustandes zu bestätigen oder zu bestreiten; es gibt jedoch mehrere Thatsachen, welche zu Gunsten dieser Hypothese zu sprechen scheinen.

Unter andern mag ein diesbezügliches Experiment von Raymond*) Erwähnung finden. Raymond fand, dass, wenn man bei Thieren experimentell eine leichte oder oberflächliche Myelitis setzt, die peripheren Nerven, welche den lädirten Segmenten entsprechen, nach Ablauf von vielen Monaten, wenn alle Spuren der Myelitis bereits ganz geschwunden sind, nichtsdestoweniger stark alterirt waren. Wenn man annimmt, dass die Wurzeln selbst während der Operation keine Läsion erlitten haben, so würde dies zu Gunsten eines blos dynamischen Zustandes der grauen Substanz sprechen, die zum mindesten zu Veränderungen in den peripheren Nerven prädisponirt. Aber wenn wir sogar zugeben, dass eine dynamische Störung dieser Art zu einer peripheren Nervendegeneration prädisponirt machen kann, und zwar namentlich in den am meisten distal verlaufenden Verzweigungen, i. e. in den Theilen, welche von den Centren der Ernährung am entferntesten sind, so erscheint es doch im höchsten Grade unwahrscheinlich, dass dies allein für die ganz ausgesprochenen Zeichen der Degeneration, die man nicht selten in den peripheren Nerven findet, ohne die Mitwirkung irgend welcher Ursache, welche ihren Einfluss direct auf die Nerven ausübt, eine Erklärung abgeben könnte. Wenn man überdies bedenkt, dass der krankhafte Process nicht blos motorische, sondern auch sensorische Nerven afficirt, so erscheint es unmöglich, diese Thatsachen durch die Annahme einer bloss dynamischen Störung der Vorderhörner zu erklären. Gegen den poliomyelitischen Ursprung der Paralyse der Extensoren, die für die Einwirkung von Blei, Alkohol u. s. w. so charakteristisch ist, muss die Thatsache angeführt werden, dass die Extensoren in den Rückenmarkssegmenten zusammen mit anderen Muskelgruppen repräsentirt werden, so dass ein besonderes Herausgreifen der Kerne der Extensoren durch den myelitischen Process höchst unwahrscheinlich ist. Aprioristische Betrachtungen, unabhängig von dem concreten Befunde in necropsia, veranlassen uns somit, nach irgend einer anderen Erklärung für die Vertheilung der Lähmung bei der peripheren Neuritis zu suchen.

*) Maladies du Systeme Nerveux. 1889, p. 381.

Die Ansicht, die mir am meisten plausibel erscheint, geht dahin, dass bei dieser Affection gerade so wie in den Fällen von Druck u. s. w., in denen auf den Nervenstamm eingewirkt wird, die Nervenfasern der Extensoren zuerst den destructiven Einflüssen unterliegen, und zwar in Folge ihrer verhältnissmässig geringeren Vitalität, als die der Flexoren. Dass die Nerven der Extensoren der Extremitäten eine geringere Vitalität haben, als die Flexoren, wird durch die Untersuchungen von Onimus bestätigt, der gefunden hat, dass, ebenso wie die Abductoren des Recurrens am Larynx zuerst zu Grunde gehen, auch die Nerven der Extensoren ihre Vitalität vor denen der Flexoren verlieren, sowohl in den oberen als auch in den unteren Extremitäten.

Dass die Extensoren des Handgelenks und der Finger, und die Dorsalflexoren der Füsse speciell die Tendenz haben, von einem paralytischen Processe ergriffen zu werden, wird jeden Tag durch die Hemi- und Paraplegien illustrirt; dieselben sind die ersten, die ergriffen werden, und die letzten, die ihre normale Kraft wieder bekommen. Wovon die Differenz zwischen der relativen, vitalen Kraft der Flexoren und der Extensoren abhängig sein mag, ist nur ein Gegenstand der Speculation, aber es scheint nicht undenkbar, anzunehmen, dass der Grad, bis zu welchem die Extensoren in den Vorderhörnern vertreten sind, und somit auch ihre trophische Kraft eine geringere ist, als die der Flexoren, so dass solche Extensoren, welche die meisten Verbindungen mit den Rückenmarkssegmenten haben, eine grössere vitale Widerstandskraft besitzen, als die, deren Verbindungen in sehr geringer Zahl vorhanden sind. Indem wir uns somit auf die Theorie stützen, dass in Fällen von Blei- und Alkoholvergiftung u. s. w. eine allgemeine Störung der Ernährung der Rückenmarkscentren und auch eine periphere Neuritis vorhanden sei, so müssen wir sagen, dass diejenigen Muskeln am meisten werden afficirt werden, welche in den trophischen Centren am wenigsten vertreten sind und dynamisch am schwächsten sind, wie auch thatsächlich durch Messungen ihrer contractirten Energie festgestellt worden ist. Nach dieser Hypothese soll der Extensor communis zuerst gelähmt werden, dann die Extensoren des Handgelenks und endlich die Extensoren des Daumens, und am Oberarm der Deltoideus vor dem Triceps. In den unteren Extremitäten kommen zuerst die Extensoren der Zehen, dann die Peronealmuskeln, dann der Tibialis anticus und der Extensor cruris vor den Extensoren des Knies und den anderen Muskeln des Oberschenkels in Betracht. Dies stimmt in allen wesentlichen Punkten mit der Reihenfolge, in welcher die Muskeln bei der Bleivergiftung afficirt werden, überein. Bei dieser Form der Neuritis ist das Intactbleiben des Supinator longus die Regel, sogar wenn die Extensoren der Finger und des Handgelenks gänzlich gelähmt sind. Wenn die Erkrankung eine allgemeine ist, so hat der Deltoideus speciell die Tendenz, vor irgend einem andern der Mukseln des Oberarms ergriffen zu werden und häufig auch vor irgend einem der anderen Muskeln des Vorderarms oder der Hand, wie von Duchenne, Buzzard und von mir beobachtet wurde.

Aber, wenn wir auch im Stande sind, die Reihenfolge des Befallenwerdens der Muskeln der Extremitäten bei der multiplen Neuritis zu erklären, so ist es nicht leicht, die regelmässig mit Vorliebe auftretende Wirkung des Bleies auf die oberen Extremitäten und die des Alkohols, der Diphtherie, der Beri-Beri und der Malaria an den untern Extremitäten zu erklären. Obgleich Thatsachen vorliegen, aus denen vielleicht hervorgehen möchte, dass Blei besonders die Tendenz hat, diejenigen Muskeln zu afficiren, welche am meisten mit dem Gifte in Contact gebracht werden, so glaube ich nicht, dass die «Occupations-Theorie» eine befriedigende Erklärung für die vorherrschende Einwirkung des Bleies auf die oberen Extremi-

täten abgeben könne; denn dieselbe vorherrschende Einwirkung tritt auch als Folge der Ingestion von Blei durch das Trinkwasser und auch aus anderen Quellen, unabhängig von der «Occupation», auf. Auch sind wir noch jetzt zu keiner befriedigenden Erklärung gelangt, betreffend die specielle Affinität des diphtheritischen Giftes für die Nerven des Gaumens und für die inneren Augenmuskeln. Die Factoren für die Lösung dieses Problems involviren wahrscheinlich Fragen der Chemie der Lebensvorgänge, die uns jetzt noch fremd sind.

Es ist wohl bekannt, dass das diphtheritische Gift den Ciliarmuskel vor allen andern Muskeln des Augapfels mit Vorliebe ergreift, obgleich auch diese zum Theil oder ganz in Mitleidenschaft gezogen sein können. Die Erklärung dieser Thatsache durch die Theorie einer rein peripheren Nervenaffection, unabhängig von einer Veränderung im Kern, bietet einige Schwierigkeiten dar, obgleich in einigen untersuchten Fällen die motorischen Kerne ganz normal gefunden wurden. Als einen wichtigen Beitrag zu dieser Frage möchte ich die letzten Untersuchungen von LANGLEY und ANDERSON*) über die Wirkung des Nicotins auf das Cliarganglion und auf die Endigungen des Oculomotorius anführen.

Diese Forscher haben gefunden, dass die verschiedenen Functionen dieser Nerven nicht alle mit derselben Leichtigkeit gelähmt oder angeregt werden. Nicotin lähmt zuerst die Nervenzellen der Ciliarganglien im Verlaufe der Nervenfasern zum Sphincter Iridis, und wahrscheinlich den Ciliarmuskel. In nächster Folge lähmt es die dilatatorischen Fasern der Iris, und endlich die Fasern des Oculomotorius, Trochlearis und Abducens, die zu den äusseren Augenmuskeln ziehen, wobei der Levator Palpebrae weniger leicht gelähmt wird, als die anderen Muskeln. In dem Nicotin haben wir somit ein Agens, welches durch den blossen peripheren Einfluss der Reihenfolge nach die inneren und äusseren Muskeln des Augapfels in derselben Reihe afficirt wie sie vom diphtherischen Gifte afficirt werden. Angesichts solcher Thatsachen ist es nicht schwer zu begreifen, dass die primäre Prädilectionseinwirkung der diphtherischen Gifte auf den Ciliarmuskel der des Nicotins analog sein kann.

(Fortsetzung folgt.)

*) Journal of Physiology. Juli 1892

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 25. October 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Dr. J. Fischer stellt einen Fall aus der Abtheilung des Herrn Prof. WEINLECHNER vor. Es handelt sich um einen 8jährigen Knaben, welcher für die oberflächliche Betrachtung das Bild der progressiven juvenilen Atrophie darbot, indem er beim Stehen eine ausgesprochene starke Lordose zeigte und beim Erheben vom Boden mit den Händen an den Beinen hinaufkletterte. Die Lordose verschwand jedoch weder beim Sitzen noch beim Liegen. Es ist weder irgend eine Atrophie noch welche Druckschmerzhaftigkeit der Wirbel vorhanden. Die Sensibilität, der Muskelsinn, die elektrische Erregbarkeit und das Verhalten der Sehnenreflexe ist normal; nur die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist eingeschränkt. Symptome für eine Betheiligung der Meningen oder des Rückenmarkes waren nicht vorhanden. Die Erkrankung trat ohne jedwede Veranlassung plötzlich auf; das Kind ist in keiner Beziehung hereditär belastet.

* * *

Dr. Schlesinger: *Ein Fall von Simulation nach einem Eisenbahnunfalle.*

Vortragender stellt einen Arbeiter vor, welcher einige Tage nach einem Eisenbahnunfalle, der denselben betraf, das Bild einer traumatischen Neurasthenie zeigte (Mattigkeit, Abgeschlagenheit, ROMBERG'sches Phänomen u. s. w.), die sich trotz der Behandlung nicht besserte. Keine Gesichtsfeldeinschränkung, keine Sensibilitätsstörungen. Im September d. J. stellte sich bei ihm eine eigenthümliche Gehstörung ein: er schlägt beim Gehen das eine Bein seitlich aus; beim Umdrehen schwankt er, fällt aber nicht, sondern macht nach rückwärts typische Tanzbewegungen, die geradezu künstlerisch ausgeführt werden; nach diesen Bewegungen geht er wieder seines Weges. Dies ist aber alles nur Simulation.

SCHLESINGER beobachtete den Mann zu einer Zeit, wo dieser sich unbeobachtet glaubte und da marschirte er recht gut weiter, um bei anderen Gelegenheiten, wenn er sich beobachtet wusste, dasselbe Manöver auszuführen. Vortragender wollte den Mann nur seiner Kuriosität halber vorgestellt haben, um zu zeigen, auf welche Einfälle solche Leute kommen.

* * *

Dr. Rywosch: *Allgemeines über Harn.*

Als Ausgangspunkt folgender allgemeiner Erörterungen dient der Harn der Knochenfische, mit dem sich Vortragender in letzter Zeit vorwiegend beschäftigt hat. Nachdem er in kurzen Worten die Methode der Gewinnung des Harns von denselben geschildert hat, übergeht er zur Charakteristik des Harns selbst. Der Harn hat ein leichtes specifisches Gewicht (100·1—100·2), saure oder neutrale Reaction. Von den Stickstoffproducten des Harns konnte RYWOSCH Harnstoff leicht, Harnsäure dagegen schwer nachweisen, selbst mittels der SALKOWSKY-LUDWIG'schen Methode. Neben dem Harnstoff fand sich noch eine andere organische Substanz, die sich klinisch und chemisch als Taurin erwies.

RYWOSCH macht ferner aufmerksam auf die Thatsache, dass man bei sämmtlichen Wirbelthieren, unabhängig davon, ob sie als Stickstoffendproduct Harnstoff oder Harnsäure aufweisen, stets Harnstoff findet. Dagegen sind bereits 3 Classen bekannt, bei denen man Harnsäure nicht nachweisen konnte, u. zw. bei den Amphibien, beim Frosche (NEBELTHAU), Selachier (HERTER) und bei den Knochenfischen (Dr. RYWOSCH).

RYWOSCH glaubt, die Thatsache, dass Harnstoff ein nicht zu vermissender Bestandtheil ist, auch auf die Wirbellosen auszudehnen, indem er sich auf die Arbeiten von LETELLIER beruft, der bei den Muscheln keine Harnsäure, aber viel Harnstoff fand. Er selbst habe bei den Schwaben (Blatta orientalis) neben der grossen Menge von Harnsäure, die als Sekretionsproduct der Arthropoden charakteristisch ist, auch Harnstoff mit Leichtigkeit auffinden können und er vermuthet, dass man beim speciellen Untersuchen auf Harnstoff bei den anderen Thieren, bei welchen bis jetzt bloss die Rede von Harnsäure war, auch Harnstoff wird nachweisen können. DRECHSEL fand, dass beim Abbau des Eiweissmoleküls ein Theil sich direct in Harnstoff abspaltet, ohne dabei irgend welche oxydative oder synthetische Processe durchzumachen. Bei denjenigen Thieren dagegen, bei denen Harnsäure das Endproduct des Stickstoffumsatzes ist, bildet sich die Harnsäure nach denselben complicirten oxydativen und synthetischen Processen wie der Harnstoff z. B. beim Säugethiere. In den anderen Fällen ist Harnsäure aufzufassen als Endproduct der Nucleine, nach HORBACZEWSKI als Oxydationsproduct der Xanthine.

Es ist auffallend, dass gerade bei diesen Thieren, bei denen die Oxydationsprocesse sehr träge sind, auch keine Harnsäure nachzuweisen ist, obwohl sehr wahrscheinlich ist, dass bei diesen Thieren Xanthinbasen vorkommen müssen, da bei ihnen auch Nucleine zerfallen. Xanthinbasen lassen sich bei Fischen wegen der geringen Mengen von Harn und des Trockenrückstandes nicht direct nachweisen, RYWOSCH glaubt aber nach dem Verhältnisse des Gesammtstickstoffes und des Harnstoffstickstoffes schliessen zu dürfen, dass solche vorhanden seien. Die Bestimmungen wurden nach PFLÜGER-BOHLAND ausgeführt und fand sich ein Unterschied von 38 %.

Es ist bekannt, dass wenn man Säugethieren Harnsäure einverleibt, dieselbe als Harnstoff ausgeschieden wird. Bei der Frage, warum im Harn der Säugethiere trotzdem stets Harnsäure, bei den Vögeln aber auch Harnstoff zu finden ist, spricht RYWOSCH die Vermuthung aus, dass diese Menge von Harnsäure bei den Säugethieren, respective von Harnstoff bei den Vögeln aus demjenigen Blute stamme, welches die Leber nicht passirt. Als Stütze dafür dient die Mittheilung NENCKI's, welcher bei Hunden mit der ECK-

schen Fistel, wo das Blut von der Pfortader direct in die Vena cava geführt wurde, eine Steigerung der Harnsäure auf das 4 bis 5 fache stattfand, wenn die Arteria hepatica abgeklemmt wurde. RYWOSCH schliesst daraus, dass die normaler Weise von der Milz stammende Harnsäure im Harn gar nicht erscheint, sondern in der Leber in Harnstoff sich verwandelt, der übrige Theil dagegen ($^1/_5$) gar nicht von der Milz stammt. Denn nach den Untersuchungen von HORBACZEWSKI und Alexander SCHMIDT verhalten sich die lymphatischen Zellen aller Organe in chemischer Beziehung unter einander ähnlich und es ist nicht vorauszusehen, warum die lymphatischen Zellen ausser der Milz ebenfalls nicht Harnsäure bilden können.

Dr. Em. Mandl.

Chemisch-physikalische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 24. October 1893.

Dr. A. Jolles: *Ueber den Nachweis von Nitriten im Harne.*

Auf Grund zahlreicher in seinem Laboratorium durchgeführten Untersuchungen gelangte Dr. JOLLES zu folgenden Ergebnissen:

1. Nitrite entstehen zuweilen in durch saure Gährung getrübten Harnen.

2. Die Gründe, warum nicht in jedem in saure Gährung übergegangenen, salpetersäurehaltigen Harn Nitrite auftreten, sind uns nicht bekannt.

3. Die bisher zum Nachweise von Nitriten im Harne angegebene Probe mit verdünnter Schwefelsäure und Jodkaliumstärkekleister besitzt für Harne nicht die genügende Empfindlichkeit, weil sowohl normale, als pathologische Harnbestandtheile an der Jodabsorption theilnehmen und die Reaction in mehr oder minder hohem Grade und bei geringen Spuren gänzlich beeinträchtigen.

4. Die geeignetste Probe zum Nachweise von Nitriten im Harne ist die Probe mit Sulfanilsäure und schwefelsauren α-Naphthylamin. Die unterste Grenze liegt bei 0·000032 *gr* N_2O_3 für 100 *kcm* Harn.

5. Zur qualitativen Prüfung von Nitriten im Harne ist auch die sogenannte «SCHÄFFER'sche Reaction» (Ferrocyankalium und Essigsäure) geeignet. Die unterste Grenze liegt bei 0·000045 *gr* N_2O_3 für 100 *kcm* Harn.

Zur quantitativen Bestimmung ist die Probe für Harne nach dem von DEVENTER («Berichte der Deutschen chemischen Gesellschaft», 26, 589) angegebenen Verfahren nicht geeignet.

6. Zur annähernden quantitativen Bestimmung von Nitriten im Harne ist derzeit nur die colorimetrische Bestimmung von TROMMSDORF verwendbar.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell, (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

Hochverehrte Anwesende! Wenn in den allgemeinen Versammlungen unserer Gesellschaft Gegenstände zur Sprache kommen sollen, welche über ein specielles Fachinteresse hinausgehend entweder eine weiter reichende Bedeutung für die allgemein-wissenschaftliche Auffassung der Natur, oder eine eingreifende Beziehung zu den Verhältnissen des praktischen alltäglichen Lebens, zum Volkswohl und zur Volksgesundheit haben, so dürfte die Wahl meines Themas wohl nach beiden Richtungen hin nicht ungerechtfertigt erscheinen. Denn einerseits bietet die seit Jahrhunderten eingewurzelte und bis jetzt sich immer mehr ausbreitende Sitte des andauernden Genusses alkoholhaltiger Getränke dem Physiologen und dem Arzt ein selten reichhaltiges Material dar zum Studium einer der vielgestaltigsten und wissenschaftlich interessantesten chronischen Intoxikationen, ein Studium, dessen Ergebnisse daher für die Lehre von den Giftwirkungen überhaupt von grösster Bedeutung sind. Andererseits bedingen es aber die eigenthümlichen Wirkungen dieser Substanz, dass sie nicht nur auf rein körperlichem Gebiete eine grosse Anzahl schwerer krankhafter Veränderungen hervorbringt, sondern auch auf das geistige Leben der Menschen einen mächtigen umstimmenden Einfluss ausübt und daher in unzähligen Fällen auf die Handlungs- und Denkweise der Menschen einwirkt, hier ihre Thätigkeit hemmend und ihren Willen lähmend, dort dagegen Willensäusserungen und Handlungen hervorrufend, welche ohne diesen Einfluss nie zu Tage getreten wären.

Daher kommt es, dass denkende Menschen von den verschiedensten in ihren eigenen Berufsarten wurzelnden Gesichtspunkten aus diesen Thatsachen immer mehr und mehr ihre Aufmerksamkeit zuwenden und sich sagen: liegen hier nicht Verhältnisse vor, deren Bestehen zu einer ernsten und folgenschweren Schädigung unseres Volkes und unseres Culturlebens führen? Soll und darf dies so weiter gehen, ohne dass wenigstens der Versuch gemacht wird, hier einzugreifen und einen Zustand zu ändern, dessen schädliche Folgen sich Jedem in immer zunehmender trauriger Grösse enthüllen, je länger und aufmerksamer er seinen Blick und seine Gedanken darauf richtet.

Die juristische und die national-ökonomische Seite der Alkoholfrage will ich hier nur kurz streifen. Unzählige Male schon hervorgehoben sind die mannigfachen und nahen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Verbrechen. Was schon die gewöhnliche Beobachtung des alltäglichen Lebens ergiebt, bestätigt in zahlenmässiger Deutlichkeit die Statistik. Wo man diese auch befragt hat, in Frankreich, in Schweden, in Oesterreich und bei uns in Deutschland, überall dasselbe Ergebniss, überall der hohe Procentsatz der Vergehen und Verbrechen, welche theils direct in trunkenem Zustande, theils von notorischen Trunkenbolden verübt wurden. Zwar weiss ich als Arzt sehr wohl, dass die Beziehung zwischen Alkoholismus und Verbrecherthum vielfach in der falschen und einseitigen Weise aufgefasst worden ist, als ob bei dem gleichzeitigen Vorkommen beider Abnormitäten ersterer, der Alkoholismus, stets die Ursache des letzteren, des Verbrecherthums, sein müsste, während in Wirklichkeit sehr häufig beide nur die nothwendigen coordinirten Folgen einer angeborenen abnormen geistigen Veranlagung, einer psychopathischen Degeneration sind. Allein in Wirklichkeit kommt dieser krankhaften Veranlagung gar nicht eine so besonders grosse Bedeutung zu. Denn bei einer Unterscheidung zwischen Gelegenheitstrinkern und Gewohnheitstrinkern hat sich stets erwiesen, dass eine überwiegend grosse Anzahl von Vergehungen der erstgenannten Kategorie zur Last fällt. So fand sich, um nur ein Beispiel anzuführen, dass von 1130 Personen, welche im Jahre 1889 in Deutschland wegen Körperverletzung bestraft wurden, 750 Trinker waren und zwar 600 Gelegenheitstrinker und nur 150 Gewohnheitstrinker. Doch meine Aufgabe soll es hier nicht sein, die zahlreichen juristisch-strafrechtlichen Seiten, welche die Alkoholfrage darbietet, näher zu erörtern.

Ebenso wenig könnte es mir gelingen, die grosse national-ökonomische und allgemein-sociale Bedeutung der Alkoholfrage Ihnen in eingehender und befriedigender Weise darzulegen. Auch hier bedarf es nur eines offenen Blickes für die Vorgänge des alltäglichen Lebens, um fasst beständig an die einschneidenden Beziehungen erinnert zu werden, welche zwischen dem Genuss alkoholischer Getränke und der Arbeits- und Productionsfähigkeit einer Bevölkerung, ihrem Erwerb und ihrem Verbrauch, ihrem Familien- und Einzelleben bestehen. Nur kurz berühren muss ich einen Punkt, welcher zum Theil schon in's ärztliche Gebiet hineinfällt, die nämlich vielfach angenommene Bedeutung der alkoholischen Getränke als Nahrungsmittel. Dass dem Körper insbesondere bei reichlichem Biergenuss erhebliche Mengen von Nahrungsstoff zugeführt werden, ist unbestreitbar und, wie wir später sehen werden, von ganz besonderer Bedeutung. Aber wie verhalten sich der Nährwerth und der Preis des Bieres zu einander? Für 1 Mark erhält der Arbeiter hier in Bayern ungefähr 4 Liter Bier. Diese 4 Liter enthalten, reichlich gerechnet, 240 *g* Kohlehydrate und kaum 32 *g* Eiweiss. Für dasselbe Geld, für 1 Mark, erhält der Arbeiter aber, wenn er sich Brod kauft, 2000 *g* Kohlehydrate und daneben noch 250 *g* Eiweiss. Man sieht also, dass der Preis des billigsten Bieres in Bezug auf seinen Nährwerth ungefähr 8 mal höher ist, als derjenige des Brodes, und noch weit höher, wenn man ihn mit dem Preise der Kartoffeln,

der Erbsen und anderer Nahrungsmittel vergleicht Noch viel ungünstiger stellen sich die Zahlen heraus, wenn man an die weit höheren Bierpreise denkt, welche der bessere Mittelstand, namentlich in Norddeutschland bezahlen muss. Die gedankenlose Verschwendung, welche Hunderttausende wenig bemittelter Menschen mit dem Biergenuss unausgesetzt treiben, tritt besonders klar hervor, wenn man die Zahlen etwas näher ins Auge fasst. Ich habe durch genaue Erkundigungen sehr oft festgestellt, dass Arbeiter, welche einen Verdienst von täglich 3 Mark haben, jeden Tag nur für ihre eigene Person 50 Pfennige für Bier ausgeben, d. i. also $^1/_6$ ihres gesammten Einkommens. Und dabei handelt es sich, wie schon aus diesen Zahlen hervorgeht, keineswegs um Trunkenbolde, sondern um fleissige ordentliche Menschen, welche der allgemeinen Sitte gemäss ihren Biergenuss für etwas Nothwendiges und ganz Selbstverständliches halten. Aehnliche Berechnungen für andere Stände (Lehrer, niedere Beamte, Kaufleute u. A.) ergeben ganz ähnliche Resultate, nur dass, wie meistens in solchen Fällen, die ärmeren Bevölkerungsclassen weit ungünstigere Verhältnisse darbieten, als die wohlhabenderen. Um nur noch ein Beispiel anzuführen, bedenke man, dass Hunderte von Studenten auf deutschen Hochschulen, resp. deren Eltern, täglich 1—$1^1/_2$ Mark, das macht im Jahre 300—400 Mark, nur für Bier ausgeben. Ohne zu übertreiben, kann man behaupten, dass die Vermögensumstände von vielen Hunderttausenden sich sofort in der merklichsten Weise bessern würden durch den einfachen Entschluss der Enthaltsamkeit von diesem theuersten aller Nahrungsmittel, welches der gewöhnliche Mann geniesst. Von der Bedeutung des Alkohols selbst für die Ernährung habe ich im Vorhergehenden ganz abgesehen, da dieser Punkt schon oft und ausführlich genug erörtert worden ist. Nur die eine Thatsache möchte ich noch hervorheben, dass die früher vielfach betonte «eiweisssparende» Wirkung des Alkohols sich bei neueren genauen Untersuchungen als keineswegs stets vorhanden herausgestellt hat. Es scheint vielmehr, dass unter sonst gleichen Verhältnissen bei gleichzeitiger Alkohol-Zufuhr sogar eine geringe Steigerung der Eiweiss-Zufuhr eintritt.

Was mich hauptsächlich bewogen hat, die Alkoholfrage zum Gegenstande meines Vortrages zu machen, war die rein ärztliche Seite derselben. Nicht durch Zufall oder besondere wissenschaftliche Neigung, sondern durch die Macht der sich alltäglich dem praktisch thätigen Arzte aufdrängenden Thatsachen bin ich dazu geführt worden, der Alkoholfrage eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Mit Recht bezeichnet man die gegenwärtige Epoche der Medicin als die ätiologische. In der Erkennung der Krankheitsursachen erblicken wir Aerzte jetzt eine der höchsten Aufgaben unserer Forschung, weil wir eingesehen haben, dass hierdurch allein der Weg gebahnt werden kann nicht nur zur Heilung, sondern auch zu der noch weit wichtigeren Verhütung der Krankheiten. Wie viele Krankheitsursachen gibt es aber, welche sich an Ausbreitung und Bedeutung nur einigermassen mit der chronischen Alkoholintoxication vergleichen lassen? Höchstens zwei Infectionskrankheiten, die Tuberkulose und die Syphilis, können in dieser Beziehung dem Alcoholismus an die Seite gestellt werden. Aber wie viel leichter verständlich, greifbarer, der Forschung und der ärztlichen Beeinflussung eher zugänglich sind die Wirkungen dieser genau bekannten chemischen Substanz im Verhältniss zu den complicirten biologischen Einflüssen der parasitären Mikroorganismen? Es ist daher in der That auffallend, dass die klinische Forschung sich bisher verhältnissmässig wenig eingehend mit dem wissenschaftlichen Studium der Alkoholfrage beschäftigt hat, dass sie, abgesehen von einigen ganz besonders auffallenden specifischen Einwirkungen des Alcohols, noch durchaus nicht im Stande ist, eine abgeschlossene und genaue Darstellung sämmtlicher schädlichen Einflüsse desselben auf den menschlichen Körper zu geben.

(Fortsetzung folgt.)

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

Dr. Robert Barnes: *Das Hintanhalten der exogenetischen Septicämie.*

(Fortsetzung.)

Wir kommen nun dazu, uns mit den Gefahren der exogenetischen Gifte zu beschäftigen. Die Resorptionsenergie ist dabei immer der active Factor.

Während bei der endogenetischen Form das Gift im Organismus gebildet wird, oder von dem Genitaltract aus resorbirt wird, haben wir bei den exogenetischen Formen eine Menge von Giften mehr, von denen einige vom Genitaltract aus resorbirt werden können, indem sie dorthin durch die untersuchende Hand oder durch das Instrument hineingebracht wurden, oder von denen einige andere Eingangspforten benützen, wie z. B. die Lungen, die Haut und den Magen.

Hier haben wir es mit einem complicirten Zustande zu thun. Das von aussen hineingebrachte Gift kann sofort mit dem endogenetischen Gifte in Contact kommen und mit ihm verschmelzen, oder, wenn es eine Störung in der natürlichen Excretionskraft bedingt, so kann daraus ein endogenetisches Gift gebildet werden. Und so bekommen wir eine complicirte Form der Toxämie, die aus der Wechselwirkung der endogenetischen und exogenetischen Gifte hervorgeht. Hier muss ich um Nachsicht wegen einiger Kritik bitten. Man hat gesagt, dass die «Scarlatina, z. B. bei einer Puerpera, Scarlatina und nichts mehr sei».

Nach diesem eigenartigen Dogma ist der puerperale Zustand mit seiner erhöhten Resorptionsenergie, mit seinem mit ausgenützten und sogar giftigen Stoffen überladenen Blute ein unwichtiger Factor. Das heisst so viel, wie bestreiten, dass der Culturboden irgend welchen Einfluss auf die krankmachenden Keime hat. Die klinischen Beobachtungen thun die Absurdität dieses Dogmas dar. Ich glaube, dass die klinischen Beobachtungen gezeigt haben, dass, obgleich die endogenetische Toxämie ein verhältnissmässig einfacher Zustand sein kann, ein exogenetisches Gift, das eine Puerpera heimsucht, unbedingt eine Combination endogenetischer und exogenetischer Elemente zum Gefolge haben müsse, und dass in vielen Fällen, wenn nicht in allen, aus ihrer Wechselwirkung neue Gifte entstehen werden. Eine einfache exogenetische Toxämie kann nicht vorhanden sein.

Warum sind Wöchnerinnen speciell der Invasion zymotischer Gifte ausgesetzt?

Wenn dem so ist, folgt nicht daraus, dass die puerperale Constitution für die schädliche Einwirkung des Giftes empfänglicher sei?

Das Hintanhalten der zymotischen Infection fällt in den Bereich der allgemeinen Hygiene, und ich will nicht die Discussion dadurch in die Länge ziehen, dass ich bei diesem Gegenstande lange verweile. Man kann nicht genug betonen, dass die strengsten Regeln der Reinlichkeit allen denen eingeschärft werden müssen, welche mit einer Puerpera in Berührung kommen. Dies bezieht sich sowohl auf den Doctor, wie auf die Wärterin.

Es ist in der That für den Arzt nicht immer möglich, es zu vermeiden, eine Geburt zu leiten, kurz nachdem er einer «zymotischen» Patientin einen Besuch abgestattet hatte.

Unter den Vorsichtsmassregeln, die ergriffen werden müssen, möchte ich vor Allem darauf bestehen, dass die Wärterin dazu veranlasst werden soll, zwei oder drei Mal täglich ein Vollbad zu nehmen. Es ist eine weise Regel sowohl für ihn selbst, als wie auch für die Patienten, wenn der Arzt reitet, oder auf einem Bicycle oder in einem offenen Wagen fährt, und keine Handschuhe trägt. Ein gesunder Arzt hat eine gewisse Chance Patienten gesund zu machen. Nichts reinigt so sehr, als der Umstand, dass man sich der Luft und der Sonne aussetzt. Es wäre überflüssig, wenn ich die Beobachtung der gewöhnlichen Regeln der Reinlichkeit besonders betonen wollte.

Bei der Discussion der Frage, betreffend den Ursprung und die Behandlung der puerperalen Toxämie, dürfen wir nicht den Einfluss der meteorologischen Zustände bei Seite lassen. Die Curven betreffend die Mortalität in Folge von Puerperalfieber, stimmen in bemerkenswerther Weise mit denen der Mortalität in Folge von zymotischen Erkrankungen in der Bevölkerung überhaupt überein.

Ebenso wie diese ist das Puerperalfieber in Herbst, Winter und Frühling häufiger zu beobachten. Dieses Zusammenfallen lässt natürlich den Schluss zu, dass das Puerperalfieber sehr stark auf Rechnung einer zymotischen Infection kommt. Dies ist zweifellos wahr, aber es entsteht auch die Frage, ob die atmosphärischen Zustände, welche die zymotischen Epidemien entstehen machen und ihnen Virulenz verleihen, auch nicht einen Einfluss haben, indem sie die mehr reinen endogenetischen Formen der puerperalen Toxämie hervorbringen. Meine eigenen Beobachtungen — von denen ich viele unter den günstigsten Bedingungen anstellte — bestätigen diese Hypothese.

Ein Zustand der Atmosphäre, der speciell beim Hervorbringen des endogenetischen Fiebers wirksam ist, betrifft die Feuchtigkeit oder die Sättigung der Luft mit Wasser. Unter solchen Bedingungen wird die Lungenexhalation ernstlich gefährdet. Der Contact mit kalter feuchter Luft macht auch die Hautausdünstung stocken.

Die vermehrte Ausscheidung durch den Urin und durch den Darm mag wohl bis zu einem gewissen Grade die ungenügende Ausdünstung durch die Haut und die Lungen compensiren, aber kaum genug, um das physiologische Gleichgewicht zu erhalten. Andererseits begünstigen Sonnenschein und Licht die Respiration. Ein hoher barometrischer Druck erhöhet die Resorption des Sauerstoffes und die Ausdünstung der Kohlensäure. Ein niederer Druck hat die entgegengesetzte Wirkung. Die praktische Lehre, die aus diesen Thatsachen abzuleiten ist, geht dahin, dass man für ein gutes, lichtes Schlafzimmer Sorge trägt, und dass man die Luft trocken erhält.

Ausser den gewöhnlichen zymotischen Giften, dürfen wir nicht an das Leichengift vergessen, das durch die Hand des Geburtshelfers, der vorher bei einer Section beschäftigt war, übertragen werden kann. Dieser Gegenstand ist untrennbar mit dem Namen SEMMELWEISS verbunden, und es ist überflüssig, ihn im Detail zu discutiren!

Sein Werk war von unberechenbarem Werthe auf dem Continent, wo Gebärkliniken viel zahlreicher und viel besuchter sind, als bei uns zu Lande.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Münchener medizinische Abhandlungen.

Heft 41.

Ueber Herzvergrösserung bei Scharlach- und Diphtherie-Nephritis.

Von **Dr. med. Franz Jäger,**
Assistenzarzt an der Kinderklinik in München.

Verlag von J. F. Lehmann, München 1893.

Der Verfasser stellte an einem grösseren Materiale Untersuchungen über die Grössenverhältnisse des Herzens bei Scharlach- und Diphtherie-Nephritis an, deren Resultate er tabellarisch geordnet vorlegt.

Er gelangt zu dem wichtigen Ergebnisse, dass die Herzhypertrophien bei der Diphtherie-Nephritis viel seltener und geringgradiger seien als bei der Scharlach-Nephritis, die Herzvergrösserung der Diphtherie-Nephritiker erweise sich fast immer als Dilatation.

Der Grund dieser Erscheinung liegt wahrscheinlich bei beiden hauptsächlich in Betracht kommenden Factoren: dem Circulationswiderstand in den Nieren und der Beschaffenheit des Herzmuskels.

Zweifellos nachgewiesen ist dies nur für den letzteren, da die häufige Degeneration des Herzmuskels bei Diphtherie ein Sinken der Herzenergie bedeutet; wahrscheinlich gemacht ist aber auch das Minus in den Kreislaufswiderständen im Vergleich mit Scharlach-Nephritis, da bei Diphtherie sich nicht oder nur höchst selten die typische Glomerulonephritis findet.

Die Betrachtung der Mischfälle «Scharlach-Diphtherie-Nephritiden», bei denen das thatsächliche Verhältniss der Hypertrophie sich der Erwartung entsprechend zwischen den reinen Scharlach- und reinen Diphtherie-Nephritiden hält, schliesst die fleissige und dankenswerthe Arbeit.

Heft 42.

(Aus der königlichen Universitäts-Kinderklinik.)

Ueber drei Fälle von generalisirter Vaccine.

Von **Dr. med. Bernhard Dietter.**

Es handelt sich in allen drei beschriebenen Fällen um die Inoculation von Vaccinelymphe von Impflingen auf Geschwister, die mit Ekzem behaftet sind. Zwei der erkrankten Kinder waren noch nicht vaccinirt, das dritte ein Jahr vorher.

Es liegt also der seltene Fall einer zufälligen Uebertragung von Lymphe auf ekzematöse Stellen mit darauffolgender generalisirter Vaccine vor. Eines der Kinder ist in Folge der Infection gestorben. Der Sectionsbefund wird mitgetheilt.

Das erste sichtbare Symptom ist eine Verschlechterung des Ekzems, an dessen Rand sich gewöhnlich die ersten Erscheinungen zeigen, aus welchen dann die typischen Vaccinepusteln hervorgehen; doch bleiben auch die übrigen Körperstellen nicht frei. Das Ekzem wird durch den Verlauf des Processes günstig beeinflusst; Impfnarben bleiben nicht zurück.

Die generalisirte Vaccine soll einen nur sehr kurz dauernden Immunisirungswerth gegen Variola haben. Bei einem der drei Fälle sah DIETTER bereits nach einem Jahre Erfolg von der Vaccination.

Heft 43.

Ueber mehreiige Graaf'sche Follikel beim Menschen.

Von **Dr. R. Klien,**
Assistenzarzt a. d. kgl. Universitäts-Frauenklinik.

Den Inhalt der interessanten Abhandlung bildet die Beschreibung einer Reihe von Präparaten, welche aus dem Ovarium einer am zweiten Lebenstage verstorbenen Neugeborenen stammen.

Es ergab sich dem Verfasser der Befund von 8 zweieiigen und e i n e m dreieiigen GRAAF'schen Follikel in dem untersuchten Theil des Ovariums.

Die Seltenheit dieses Vorkommens erhellt aus den beigefügten kritischen Literaturangaben.

Die weiteren histologischen Angaben sind nur an der Hand der beigegebenen Abbildungen verständlich und müssen der eigenen Lecture überlassen werden. *O. R.*

Lehmann's Medicinische Hand-Atlanten.

Band V: Atlas der Hautkrankheiten.

Herausgegeben von **Dr. Karl Kopp,**
Privatdocent an der Universität München.

Verlag von J. S. Lehmann. München 1893.

Obgleich an grösseren ikonographischen Sammelwerken eben kein fühlbarer Mangel zu vermerken ist, so fehlte es bisher doch an einem Werke, das bei bescheideneren Anschaffungskosten, einem weiteren Kreise von Interessenten zugänglich gewesen wäre, so namentlich den Studirenden, für welche besonders im Studium der Dermatologie, gelungene bildliche Darstellungen als ein werthvoller Lehrbehelf bezeichnet werden müssen.

In diesem Sinne eine Lücke auszufüllen, scheint der vorliegende Atlas der Hautkrankheiten berufen zu sein, der als fünfter Band der bereits weit verbreiteten, praktischen medicinischen Hand-Atlanten der bekannten Verlagsfirma erschienen ist.

Theils nach Originalzeichnungen, zum grössten Theile aber nach mehr und minder guten Abbildungen aus den Werken von HEBRA, NEUMANN, dem Leprawerke von DANIELSSEN und BOECK etc. angefertigte neunzig Chromotafeln bringen in meist getreuer Wiedergabe die wichtigsten Hauterkrankungen zur Darstellung. Einzelne

der Abbildungen, welche sogenannte «Raritäten» zur Anschauung bringen (Lichen ruber moniliformis, Adenoma sebaceum, Ichthyosis histrix etc.), hätten füglich wegbleiben können, da dieselben den didactischen Werth, dieses vorzugsweise Unterrichts- und Lehrzwecken dienenden Werkes, nur beeinträchtigen können.

Die textliche Einbegleitung — die so manches Bild erst illustriren muss — entstammt der bewährten Feder KOPP's und stellt bei aller Kürze und Knappheit, eine durch Klarheit und Vollständigkeit gleich vortreffliche Schilderung der abgebildeten Affectionen dar.

Fünfzehn gelungene Abbildungen der Erreger der Dermatomycosen, sowie der Infections- und Invasionskrankheiten der Haut bilden den Abschluss des reich ausgestatteten Atlas, dem sein wohlfeiler Preis allgemeinen Eingang verschaffen dürfte.
N.

Der Tabak und seine Einwirkung auf den menschlichen Organismus.

Eine chemische, physiologische, pathologische und therapeutische Studie.

Von **Dr. Ludwig Jankau**.

Verlag von Seitz & Schauer, München 1893.

Eine sehr lesenswerthe Brochure, die einerseits mit Hilfe von statistischen Ergebnissen den Einfluss des Tabaks in pathologischer Hinsicht zu erläutern und die Hygiene des Tabakrauchens festzustellen trachtet und andererseits auch die Chemie und Physiologie des Tabaks und des Tabakrauches in den Bereich ihrer Erörterung zieht. Das kleine Buch ist sehr anziehend geschrieben und verräth eine eingehende Beschäftigung mit dem praktisch so bedeutsamen Gegenstand.
F.

Zeitungsschau.

Prof. Dr. E. Leyden: Ueber Endocarditis gonorrhoica. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. 1893.)

Verfasser theilt zuerst die Krankengeschichte und den Sectionsbefund eines Falles von Endocarditis gonorrhoica mit, gibt hierauf eine ausführliche Uebersicht über die einschlägige Literatur und bespricht zuletzt die Methoden zum Nachweis der Gonococcen in Geweben.

Der Krankheitsfall ist folgender:

C. L., 22 Jahre alt, Schneider, mässig kräftig gebaut. Anfangs April Schmerzhaftigkeit im rechten Knie — und in beiden Fussgelenken. Chronische Gonorrhoe und Epididymitis. 6. Mai Beklemmungen auf der Brust, Stiche in der Herzgegend. Am Herzen ein systolisches und diastolisches Geräuch, der 2. Ton über der Aorta fehlt. Sichtbarer Capillarpuls. Tönen der Carotiden. Diagnose: Insufficienz der Aorta und vielleicht auch Mitralis. In den weiteren Tagen Fieberbewegungen bis 40 2, Schüttelfröste, Diarrhoen, später öfteres Erbrechen. 16. Mai Reichliches Eiweiss im Harn, zahlreiche Cylinder, Schwellung der Füsse, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Milz. 21. Juni unter zunehmender Schwäche endlich Exit. let.

Die Obduction ergibt am Herzen ulcerative Endocarditis und zwar ist die äussere Aortenklappe zum Theil zerstört und mit grossen fibrinösen Auflagerungen bedeckt; ebensolche Auflagerungen auf dem Aortenzipfel der Mitralklappe. Insufficienz der Aorta, Dilatation der linken Herzkammer; stellenweise Degeneration des Herzmuskels: Myocarditis. Nebenbei fand sich ein kleiner keilförmiger Infarct in der Milz, der in Erweichung begriffen war; die Niere hyperämisch geschwellt mit kleinen Entzündungsherden durchsetzt.

Von grossem Interesse ist in diesem Falle, dass die maligne Endocarditis als Complication einer noch fortbestehenden chronischen Gonorrhoe auftrat und dass, was den Fall besonders auszeichnet im Gegensatz zu sonstigen Streptococcen und Staphylococcen befunden in den endocarditischen Auflagerungen der Gonococcus NEISSER und zwar in Reincultur nachgewiesen wurde.

Aus der ausführlich vom Verfasser gegebenen Literarübersicht, aus welcher besonders die Arbeiten von P. SCHEDLER (Zur Casuistik der Herzaffectionen bei Tripper. Berlin 1880), H. MARTIN in Vevey (Études sur les métastases suppuratives d'origine blenorrhagiques. Revue medic. d. l. Suisse Roumaine 1882) und A. GENZINSERY (Herzerkrankungen im Verlauf der Blenorrhoe. Preglad lekarski 1889 Nr. 11: eine Zusammenstellung von 31 Fällen, wo im Verlauf der Blenorrhoe der Harnröhre Complicationen von seiten der Circulationsorgane aufgetreten sind) hervorgehoben werden, geht hervor, dass

1. «Der Zusammenhang von Endocarditis und Gonorrhoe durch zahlreiche Beobachtungen wahrscheinlich gemacht worden ist.

2. Das ein Theil dieser Fälle unter chronischem Verlauf glücklich, zum Theil in Heilung verlief.

3. Dass ein anderer Theil der Fälle einen bösartigen Verlauf mit dem Character der malignen Endocarditis zeigte und letal endete.

Am häufigsten waren die Aortenklappen, seltener die Mitralklappe befallen. Meist, aber nicht constant, war gonorrhoischer Gelenksrheumatismus der Endocarditis voraufgegangen. Alle Fälle betrafen männliche Individuen.»

Bezüglich der bacteriologischen Befunde ergab die Untersuchung in 2 Fällen Streptococcen, in anderen Fällen nicht genau charakterisirte Mikroorganismen. Die Ansichten der Autoren waren getheilt; die einen glaubten, dass die bacteriologische Endocarditis durch complicirende Streptococcen erzeugt wird, die anderen hielten an der Möglichkeit einer directen Wirkung des Gonococcus fest.

NEISSER hat 1879 die Gonococcen endeckt und als charakteristisch die Semmelform und ihre Lagerung innerhalb der Eiterzellen angegeben. — Als weiteres Charakteristicum wurde später gefunden, dass sie sich bei der GRAM'schen Methode entfärben.

Der Nachweis der Gonococcen gelang ausser im Harnröhreneiter nach und nach in der Blase bei Cystitis gonorrhoica, im Uterus bei Endometritis, in gonorrhoischen Nierenabscessen, in perimetritischen Abscessen, in einem abscedirten Tripperbubo (M. WOLFF), in einem eitrigen Erguss in das Knie bei gonorrhoischer Gelenksentzündung (PETRONE und KAMMERER).

BUMM gelang zuerst (1885) die Reinzüchtung auf Blutserum.

WERTHEIM wies nach (1892), dass Tubenerkrankungen und selbst Erkrankungen des Peritoneums (beim Weibe) durch «ascendirende» Gonorrhoe bedingt werden können.

Unaufgeklärt blieben noch die spinalen Affectionen und Endocarditis als Complicationen der Gonorrhoe.

In einer Arbeit über gonorrhoische Myelitis (Zeitschrift für klin. Medizin, XXI) nahm Verfasser zwei Möglichkeiten für die Entstehung von Metastasen an a) durch Toxine ähnlich wie in den Nachkrankheiten vieler Infectionskrankheiten (Nephritis infectiosa, Neuritis multiplex etc.)

1. Durch eine Complication (Symbiose) mit Eitercoccen (Streptococcen und Staphylococcen).

In dem oben beschriebenen Falle wurde bei Lebzeiten und nach dem Tode das Blut bacteriologisch untersucht. Es ergab keinen characteristischen Befund, während es sonst bei schweren septischen Processen immer möglich ist, die Bacterien im Blute zu finden und zu züchten.

Die fibrinösen Auflagerungen der beiden Klappen wurden behufs Untersuchung (Dr. MICHAELIS) zuerst in 80% dann 96% Alcohol gehärtet, dann in Celluloidin eingebettet und mit dem Mikrotom geschnitten.

Von Färbemethoden erwies sich die GRAM'sche erfolglos.

Nach vielen Versuchen gelang es endlich Präparate zu erhalten, in denen die übrige Substanz rosa, die Zellleiber blassrosa, die Kerne und Coccen blau gefärbt waren und zwar wurden die Schnitte in folgender Weise behandelt:

a) «1—2 Stunden dauernde Färbung mit concentrirter, wässeriger Methylenblau = oder LÖFFLER'schen Methylenblaulösung.

b) Auswaschen in Aqua destillata, bis der entfärbte Schnitt nur Kerne und Coccen tingirt zeigt.

c) Zusetzen einer möglichst dünnen Eosinlösung bis zur schwachen Rosafärbung des Schnittes.

d) (Selbst auf die Gefahr einer etwaigen Trübung) Ganz kurz dauernde Entwässerung in absolutem Alkohol und Aufhellung in Lavendelöl, Einschliessen in Canadabalsam.»

Verfasser führt noch die BUMM'sche und WERTHEIM'sche Färbemethode zum Nachweis von Gonococcen im Gewebe an und kommt zu dem Schlusse, dass die gefundenen Mikroorganismen Gonococcen und zwar in Reincultur waren, da keine andere Bacterienart nachgewiesen werden konnte.

Der Beweis, dass es sich wirklich um Gonococcen handelte, beruht auf folgenden Momenten:

1. «Die in den Gerinnseln vorgefundenen Bacterien hatten die Form von rundlichen Diplococcen, meist deutlich Semmelform. Coccen von Traubenformen wurden nicht beobachtet.

2. Ein grosser Theil dieser Diplococcen lag in characteristischer Weise innerhalb der Zellen.

3. Sie wurden durch die GRAM'sche Methode regelmässig entfärbt.

4. Auch durch Alkohol, ebenso durch Lavendelöl wurden sie auffallend leicht entfärbt.»

Das Vorkommen resp. die Ansiedelung der Gonococcen auf dem Endocardium ist eine gewiss bemerkenswerthe Thatsache, indessen kann sie doch insofern nicht überraschen, als wir nunmehr wissen, dass das Blutserum ein sehr geeigneter Boden für das Gedeihen dieser Pilze ist. Dass ein Transport dieser Gonococcenzellen in Lymphe und Blut leicht geschehen kann, ist fast selbstverständlich, so dass es also bisher nur an dem thatsächlichen Beweise dieser Thatsache fehlte. *B S.*

Dr. L. Kamen: Die Aetiologie der Winckel'schen Krankheit. (Beiträge zur pathol. Anatomie etc. XIV.)

Vor wenigen Jahren beschrieb WINCKEL eine bei Neugeborenen epidemisch auftretende Krankheit, der er den Namen Cyanosis afebrilis gab, und die den septischen Erkrankungen zugezählt werden muss.

KAMEN hatte nun Gelegenheit eine kleine Epidemie dieser Art in Czernowitz zu beobachten und zu ätiologischen Untersuchungen zu verwenden. Während die Blutuntersuchungen von während des Lebens den Kindern entnommenen Proben negatives Resultat ergaben, wurden bei der Untersuchung der inneren Organe bei der Section stets und überall dieselben Mikroorganismen gefunden. Dieselben lagen zuerst in den Capillaren.

Die genaue Prüfung der in sämmtlichen Fällen gefundenen Bacterienart ergab die Indentität derselben mit dem Bacterium coli commune. Auch gelang es KAMEN die Infectionsquelle zu eruiren, indem er in dem Wasser eines Brunnens, aus dem für die Czernowitzer Gebäranstalt Wasser bezogen wurde, das Bacterium coli commune herauszüchten konnte. Endlich konnte KAMEN auch Versuchsthiere mit Culturen des Bacterium coli commune auf dem Wege intrastomachaler Einverleibung inficiren, so dass KAMEN den Schluss als gerechtfertigt betrachtet, dass die erwähnte Epidemie durch das im Brunnenwasser enthaltene Bacterium coli veranlasst war. *J. S.*

Dr. Sawtschenko und Dr. Sobolotny: Immunisirung des Menschen gegen Cholera. (Centralblatt für allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. IV. 16.)

Die Verfasser haben Versuche in der Weise angestellt, dass sie zunächst abgetödtete Choleraculturen per os zu sich nahmen, dann die immunisirende Fähigkeit ihres Blutes durch Versuche an Meerschweinchen, die mit Cholerabacillen inficirt wurden, prüften und dass sie endlich virulente Cholerabacillen — nach Neutralisation der Magensäure — zu sich nahmen. Sie gelangen zu folgenden Resultaten:

1. Nach Einführung von abgetödteten und nachher carbolisirten Agarculturen von Cholerabacterien per os erwirbt das Serum des Menschen eine dem Choleravibrio gegenüber immunisirende Eigenschaft.

2. Dank der Einführung der abgetödteten Agarculturen per os kann man sich vor der durch Eindringen in die Intestinalwege des virulenten Vibrio KOCH's hervorgerufenen Erkrankung bewahren.

3. Die Ausleerungen von der Cholera gegenüber immunen, dem sicheren Anscheine nach vollkommen gesunden Personen können zuweilen eine grosse Anzahl von KOCH'scher Vibrionen enthalten (die auf irgend einem Wege in die Gedärme gelangt sind) und den Infectionsstoff verbreiten. Diese aus experimentellen Versuchen herzuleitende Folgerung erklärt und bestätigt die bekannte Beobachtung RUMPEL's, der in den normalen Ausleerungen von Menschen, die mit Cholerakranken umzugehen hatten oder in einer von Cholera durchseuchten Gegend lebten, Choleravibrionen oft konstatiren konnte.

4. Ausleerungen der oben erwähnten Art können auch deshalb gefahrvoll sein, weil die Choleravibrionen, selbst wenn sie den Darm immuner Menschen passirt haben, ihre anfängliche Virulenz hierbei doch nicht einbüssen. *J. S.*

Aus der Klinik für Kinderkrankheiten des **Prof. Th. Escherich** in Graz.

Dr. Wl. Papiewski. Ueber Trismus und Tetanus neonatorum. (Gazeta Lekarska Nr. 30, 31, 32 u. 33, 1893).

In allen 12 auf der Klinik ESCHERICH in kurzer Zeit beobachteten und vom Verfasser mitgetheilten Fällen trat die Krankheit kurz nach Abfall der Nabelschnurrestes bei gleichzeitiger Verschwörung der Nabelwunde auf. Sämmtliche Säuglinge waren künstlich mit sterilisirter verdünnter Milch genährt. Vier Fälle fielen auf Frühjahr und Herbst, fünf auf den Sommer; acht betrafen Knaben, vier Mädchen Vorausgesetzt, dass hier die Infection immer nach dem Abfalle des Nabelschnurrestes, wie dies auch sonst in den meisten Fällen geschah, stattfand, zeigte sich ein gerades Verhältniss zwischen der Incubationsdauer und der Dauer und der Intensität der Krankheit. In den kurz und acut verlaufenden Fällen waren die Symptome — Trismus, Opisthotonus, Contractionen der Extremitäten, klonische Krämpfe, Verfall der Herzkraft — anhaltend und intensiv, in den langdauernden traten dieselben mit Unterbrechungen und weniger heftig auf. Auch die Höhe der Temperatur erwies sich abhängig von der Intensität der tetanischen Erscheinungen, was nach PAPIEWSKI gegen Pyämie als Ursache des Fiebers in diesen Fällen spricht. In den sehr schwer verlaufenden Fällen war die Temperatur gleich sehr hoch und verblieb so die ganze Zeit, sogar während der Agonie. Offenbar war die Wirkung des Toxines in den einen Fällen rascher und stärker in anderen schwächer und langsamer.

Da die inficirenden NIKOLAIER'schen Bacillen nicht selbst in den Organismus eindringen, sondern an der Infectionsstelle haften und dort den toxischen Stoff erzeugen, dessen Resorption die Krankheit hervorruft, betrachtet PAPIEWSKI die gründliche Zerstörung des Infectionsherdes als die wichtigste Indication. Es wurden auch alle Fälle mit Paquelin behandelt, doch erst zu einer Zeit, als die Toxine bereits in den Organismus eingedrungen, der Tetanus bereits ausgesprochen war, d. h. nur zwei Genesungen vorkamen.

In einigen Fällen wurde die SAHLI'sche Methode, Einspritzung von physiologischer Kochsalzlösung angewendet, die jedoch ausser vermehrter Diurese keine weitere positive Wirkung entwickelte. In einem Falle sogar, in welchem 270 *gr* Salzlösung eingespritzt wurde, trat 12 Stunden nach der letzten Injection zwar Nachlass des Trismus und der Contractionen auf, aber gleichzeitig erfolgten auch Oedome, Herzcollaps und Exitus letalis. Diese Methode darf in dieser Krankheit daher nur mit grosser Vorsicht zur Anwendung kommen. Nach BEHRING wurde kein Fall behandelt, nach TIZZONI drei, von denen zwar einer genas, doch sprach der Verlauf nicht für die Wirkung dieser Methode. Daraus geht hervor, dass keine der angeführten Methoden den in ihnen gesetzten Hoffnungen entspricht.

Die Prognose hängt, wie aus den angeführten und uns von Anderen beschriebenen Beobachtungen hervorgeht, von der Incubationsdauer und der Raschheit mit welcher sich die Krankheitssymptome entwickeln, ab. *Sp.*

Henry E. Tuley: Die Differentialdiagnose von acuter Bronchopneumonie und Bronchitis bei Knaben. (The American Prätitioner. 26. August 1893.)

Dr. TULEY knüpft an den Umstand, dass viele seiner Collegen Capillarbronchitis als Todesursache kleiner Kinder so häufig anführen, eine Erörterung, welche darthun soll, dass wohl der Catarrh der grössern Bronchien leicht von der Broncho-Pneumonie unterschieden werden könne, — Temperatur, Auscultation, Allgemeinverhalten — dass aber unter der sogenannten Capillarbronchitis der Kinder sich meist eine echte Pneumonie verberge.

Die Abwesenheit der characteristischen auscultatorischen und percutorischen Phänomene erklären sich zur Genüge durch eine Reihe von Sectionsbefunden, welche kleine, zerstreute Herde von Bronchopneumonie aufwiesen.

Auch die Temperaturverhältnisse ergeben nicht immer den Typus; TULEY fand bei zweifellosen (durch die Section erwiesenen) Pneumonien bisweilen nur geringe oder gar keine Temperatursteigerung, er fand Fälle mit Abendremission und hoher Morgentemperatur.

Gewicht für die Diagnose legt er auf das Allgemeinverhalten (Kräftezustand und Grad der Dyspnoe) sowie auf die Localisation der Rasselgeräusche; Beschränkung auf abgegrenzte kleinere Partien spreche für Pneumonie. *O. R.*

Montagnon (Lyon): Ein Fall von rheumatischer Chorea behandelt mit Cerebrin. (Societé des Sciences Médicales de Lyon).

MONTAGNON berichtete eingehend darüber in einer der letzten Sitzungen der «Soc. d. Sciences méd.» zu Lyon. Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der eine allgemeine Chorea darbot. Mann begann mit 1 *ccm* Cerebralsubstanz und injicirte jeden zweiten Tag, später alle Tage. Schon nach den ersten Injectionen erfuhr der Zustand des Kranken eine wesentliche Besserung. Heute sind die choreatischen Bewegungen, die besonders an den Extremitäten sehr lebhaft waren, fast völlig verschwunden.

Auch am Herzen, woselbst vor der Behandlung Zeichen einer Cardiopathie nachweisbar waren, haben sich normale Verhältnisse eingestellt. Die auf die Injectionen aufgetretenen örtlichen Reactionserscheinungen waren ganz geringfügig. Es sind weder Abscesse, noch irgend welche entzündliche Zustände aufgetreten. Die Injectionen wurden am Abdomen, in der Lendengegend und an der Vorderfläche der Schenkel vorgenommen.

In einem Falle von hysterischer Chorea bei einer 38jährigen Frau hat MONTAGNON keinen Erfolg gesehen. Allerdings war die Chorea in diesem Falle sehr alten Datums. *A. D.*

Dr. E. Monin (Paris): Allgemeine Therapie der Dermatosen. (Société d'Editions scientifiques.)

Seit den Arbeiten eines LORRY, eines BAZIN, eines HEBRA stimmt die Mehrheit der Dermatologen darin überein, die Dermatosen entweder mit allgemeinen primären Alterationen des Blutes und anderer Körpersäfte oder aber mit mehr oder weniger beschränkten nervösen Störungen (Trophoneurosen) in Zusammenhang zu bringen Jedenfalls sind die Hautaffectionen für gewöhnlich Deuteropathien, die eine constitutionelle Behandlung der Diathese oder der Dyskrasie, die ihnen zu Grunde liegt, erfordern. Unter den Behandlungsmethoden der Dermatosen nimmt die purgirende Medication einen ersten Platz ein.

In der Praxis zieht man in der Regel die salinischen Abführmitteln allen anderen Medicamenten vor, da sie sicherlich am fähigsten sind, die sich bildenden krankheitserzeugenden Substanzen zu vermindern, die Secrete zum Trocknen zu bringen, die Völle der Gefässe herabzusetzen und auf das Blut- oder das Nervensystem jene unterstützende Revulsion und substituirende Irritation auszuüben, die gleichsam den Schlüssel für die Behandlung jeder chronischen Krankheit abgeben.

Das Eczem, der Typus der feuchten Dermatose ist es, bei welchen man durch die secretorische Stimulation der Darmschleimhaut eine Verminderung der Hyperexcitabilität der Hautdecken erreicht.

Viele Praktiker haben schon durch die wiederholte Verabreichung des Hunyadi János raschere Heilresultate bei generalisirten und gewissermassen auf constitutioneller Basis beruhenden Eczemen eintreten gesehen. Die ärztliche Tradition hat das so populäre ungarische Mineralwasser adoptirt, da es das einzige salinische Abführmittel ist, welches man gefahrlos wiederholt verabreichen kann, ohne zu befürchten, dass eine musculäre Atonie des Darmes eintritt. Das Hunyadi János-Wasser setzt in der That die Darmperistaltik nicht im Mindesten herab: es bewirkt aber eine langsame und continuirliche Ableitung, die nicht jene choleriformen Entleerungen nach sich zieht, wie sie oft bei der Verabreichung anderer Mineralwässer auftreten. Congestionen des Rectum, Hyperämie der Nieren sind oft die Folge einer prolongirten Darreichung von d r a s t i s c h e n Abführmitteln bei Dermatosen. Aehnliche Zufälle veranlasst das ungarische Mineralwasser nicht: die Wiederherstellung der Läsionen vollzieht sich unter seinem Einflusse sehr rasch und ohne Recidive, und man sieht bald, wie die Hautepithelien ihre Vitalität und Elasticität wiedererlangen. Dadurch erklärt sich der Vorrang des genannten Medicamentes auf dem Gebiete der Dermatologie

Ich habe es mit gutem Erfolge beim Eczem der Säugenden und der Menopause, Eczem, das von unvollständigen Ausscheidungen abhängt, angewendet; bei Herpes und Zona; bei Hyperhydrosis und Seborrhoe, sowie in einem Falle von Dermatitis exfoliativa angewendet. Die Acne, dieser treue Spiegel der Störungen in der Menstruation und Verdauung; das Furunkel, das Lichen und die Pythiriasis, die so häufig bei der Wiederkehr des Frühlings und der Herbstzeit wieder zum Vorschein kommen — sie alle stellen eine Gruppe von Dermatosen ab. bei welchen das Hunyadi János absolut indicirt erscheint.

Alle Hautaffectionen, die durch einen entzündlichen Zustand des Derma charakterisirt sind (Erythem, Eczem, Urticaria etc.); alle Exantheme, die der Ausdruck eines pyretischen oder septischen Zustandes sind (Herpes, Impetigo etc.) fordern die erwähnte medicamentöse Behandlung, da diese die Production von Papeln auf ein Minimum einzuschränken, die secretorische Confluenz abzuschwächen und gegen den nervösen Erethismus mit Vortheil anzukämpfen vermag.

Diese Behandlung beugt auch den Recidiven und den krankmachenden Metastasen vor, da sie nicht allein die örtlichen Symptome unterdrückt, sondern auch die allgemeine und diathesische Prädisposition, den Lymphatismus, den Herpetismus oder Arthritismus bekämpfen.

Vor allem beim Wechsel der Jahreszeiten oder nach Diätfehlern und geistigen Ermüdungen (die einen plethorischen oder dyskrasischen Zustand bedingen) ist es von Wichtigkeit, das Hunyadi János-Mineralwasser in abführenden Dosen zu verordnen. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, über diese hartnäckige Zähigkeit, die gewissen Dermatosen eigen ist und die das Gemüth mancher Patienten so grausam angreift, den Sieg davon zu tragen. Ausser dieser reinigenden und ausgleichenden Wirkung, die wir im Obigen anzudeuten versucht haben, besitzt übrigens dieses Medicament noch eine accessorische Wirkung, deren man nicht gut entbehren kann: diese Eigenschaft des Hunyadi János-Wassers besteht in der Förderung der Toleranz des Organismus für eine alterirende chronische Medication durch Arsenikpräparate, Jod etc. Wir haben hievon den besten Beweis bei der Behandlung von künstlichen Eruptionen alimentären oder medicamentösen Ursprungs: die durch gewisse Nahrungsmittel bedingte Urticaria sowie die durch Copaiv- und Brompräparate hervorgerufenen Erytheme verschwinden leicht unter dem Gebrauche des genannten Mineralwassers. *A. D.*

Salzklysmen gegen Metrorrhagie.

NICHOLSON empfiehlt bei unstillbaren Blutungen nach Abortus ein Klysma bestehend aus einer Kanne Wasser mit einem Löffel voll Salz. NICHOLSON bezeichnet das Mittel als lebensrettend.

F.

Tagesnachrichten und Notizen.

* **Aerztliches Vereinsleben in Wien.** Am 27. d. M. fand unter einem sehr grossen Andrange die Eröffnungssitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte im neugebauten Hause statt. Unter den Anwesenden bemerkte man Se. Excellenz den Statthalter, Grafen Kielmannsegg, den Landmarschall Baron Gudenus, den Präsidenten der Akademie der Wissenschaften, geheimen Rath v. Arneth, den Sectionschef vom Unterrichtsministerium v. David, den Ministerialrath Kusy, die Hofräthe Benndorf und Gruber, den Landesausschuss Dr. Weitlof, die Generalstabsärzte Kraus und Podratzky, Prof. Suess, den Vorstand des Apothekergremiums R. v. Waldheim, den Vorstand des IX. Bezirkes, Herrn Löblich u. A. Zu Beginn der Sitzung ergriff der Präsident Hofrath Prof. Billroth, stürmisch acclamirt, das Wort zu folgender Ansprache:

«Meine Herren! So sind wir denn endlich im eigenen Hause! Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, welche vor 57 Jahren kaum über 40 Mitglieder zählte, ist bis jetzt auf die stattliche Anzahl von 400 Mitgliedern angewachsen. Das im Jahre 1837 durch weise Gärtner gelegte Samenkorn hat sich im Sturme der Zeit zu einem mächtigen Baume entwickelt, unter dessen breiten Aesten es lebhaft zugeht, wie es unsere stillen wissenschaftlichen Arbeiten im collegialen Kreise bethätigen. Eng und düster waren die Räume, in denen wir bis jetzt verweilten; unsere umfangreiche Bibliothek lag in knappen Kästen so eingepfercht, dass sie kaum zu Nutzen kam. Es konnte nicht so fortgehen, wollte die Gesellschaft nicht ihres historischen Prestige beraubt werden. Schon Skoda hatte den Gedanken ausgesprochen, dass die Gesellschaft der Aerzte dahin streben müsse, sich ein eigenes Haus zu gründen. Nach Skoda war es insbesondere Dittel, welcher immer neuerlich den Gedanken anregte, bis es endlich zu ernstlichen Schritten kam. Auch ich war durchdrungen von der Nothwendigkeit einer Stabilisirung unserer Gesellschaft und ich habe, nachdem mir die Auszeichnung der Präsidentschaft wurde, vom Herzen gerne Alles gethan, was ich vermochte. Ich konnte vor allen Dingen uns selbst nicht zumuthen, dass wir wohl im Stande wären, mit eigenen Mitteln das erwünschte Ziel zu erreichen; wir hofften daher auch auf die Beihilfe Anderer, welche unseren wissenschaftlichen Bestrebungen und der Aufopferung des Arztes ihr Augenmerk zuwandten, und unsere Hoffnungen haben sich erfüllt. Wie überall Allen voraus, wo es gilt, die Bestrebungen der Wissenschaft und Kunst zu unterstützen, hat auch hier unser geliebter Kaiser einen bedeutenden Beitrag gespendet. Ich fordere die Versammlung auf, zum Ausdrucke unseres Dankes sich von den Sitzen zu erheben. (Lebhafte Hochrufe.) Es folgten dann namhafte Spenden edler Gönner, so des hochherzigen Fürsten Liechtenstein, der Herren R. v. Skoda, David und Wilhelm v. Guttmann und Frau Professor Mauthner; wir bringen Allen unseren wärmsten Dank für die thatkräftige Theilnahme an unserem Werke dar. Der Herr Minister für Cultus und Unterricht, Freiherr v. Gautsch, hat ebenfalls unser Bestreben bedeutend gefördert. Da wir unsere Mittel auf die praktische innere Einrichtung verwenden mussten, wären wir nicht in der Lage gewesen, die Façade im Geschmacke des Herrn Architekten Richter zu schmücken, wenn nicht der Herr Unterrichtsminister die Ausführung dieser Figuren aus dem Stiftungsfonde für Cultus und Unterricht bewilligt hätte. Auch ihm sprechen wir dafür unseren verbindlichsten Dank aus, wie auch dem Ministerialrathe Grafen Latour und dem Hofrathe Benndorf.

Der Besitz, das Ansässigwerden auf einem noch so kleinen Punkte unserer Erde war immer von cultureller Bedeutung für den Fortschritt. Ein Nomadenvolk, das nicht ansässig wird, kann niemals eine höhere Cultur erringen, es kann wohl dem Kampfe mit anderen Völkern ausweichen, aber nicht denselben dauernd bestehen; die Ausbildung einer Familie und eines Friedenszustandes, welche zur culturellen Enwicklung nothwendig sind, kann nicht gedeihen. Die ethische Entwicklung bleibt stehen. Zu der Hausansiedlung muss sich aber auch der erworbene moralische Besitzstand: festes Zusammenhalten, Treue, Selbstbewusstsein und Opferwilligkeit hinzugesellen. Wir haben diesen hohen bedeutenden Schritt gethan, um uns in Wien sesshaft zu machen. Die Bestrebungen unserer Gesellschaft werden nun mächtig steigen; als deren Hauptzweck gilt uns unsere gegenseitige wissenschaftliche Förderung zum Heile der leidenden Menschheit; wir verfolgen daher nicht nur einen wissenschaftlichen, sondern auch einen humanen ethischen Zweck, und wir wollen uns unseres human-priesterlichen Standes stets eingedenk sein. Minerva, Apollo, Hygiea und Aeskulap, mit deren Bildniss wir unser Haus als Laren geschmückt, mögen es beschirmen und auch der Geist unserer Vorfahren möge ihm seinen früheren Schutz angedeihen lassen.

Ich rechne es mir als eine freudige Pflicht, im Namen unserer Gesellschaft den hochverehrten Gästen, welche uns die Ehre erwiesen, unserer heutigen ersten Sitzung beizuwohnen, meinen verbindlichen Dank für ihre Gegenwart auszusprechen und ich erbitte uns auch ferner ihr Wohlwollen und ihre Theilnahme. Aber auch dem Baucomité, sowie dem Herrn Architekten Ludwig Richter, den Bildhauern Herrn Wagner und Bayer unseren verbindlichsten Dank für ihre vielen Mühen. In ganz besonderer Weise ist die Gesellschaft unseren Bibliothekaren Herrn Dr. Unger und Paschkis zu Dank verpflichtet, welche die schwierige Uebersiedlung der Bibliothek leiteten. Auch unserem Vermögensverwalter Herrn Dr. Spitzmüller, sowie Herrn Prof. Rich. Paltauf sind wir zu grossem Danke verpflichtet für die praktisch-finanzielle Durchführung und Sorge, mit welcher sie die Einrichtungen überwachten. Allen herzlichen Dank!» Nach der mit lebhaften Beifalle aufgenommenen Rede ergriff Prof. Puschmann das Wort zu seinem angekündigten Vortrage: «Medicinisches Vereinswesen in alter und neuer Zeit». Vortragender schildert das Vereins- und Zunftwesen von einst und jetzt, wobei er einige heitere Episoden aus den Kämpfen zwischen den Barbieren und Badern zum Besten gab. Er begann mit Aeskulap und endete mit den Aerztekammern. Der Vortrag erscheint ausführlich in der nächsten Nummer.

* **Berlin. Virchow-Jubiläum.** In der Festsitzung vom 25. October der Med. Gesellschaft theilte zuerst Prof. v. Bergmann Virchow's Ernennung zum Ehrenpräsidenten mit; diese Würde erhielt er als Träger des Fortschrittes der Wissenschaft und Vertreter der Interessen der Aerzte. Virchow dankte bewegt. Hierauf hielten Professor Rindfleisch aus Würzburg und Ponfick (Breslau), seine früheren Assistenten, Vorträge, deren Gegenstand an Virchow's Entdeckungen anknüpft, und überreichten Adressen ihrer Facultäten.

* **Universitäts- und Personal-Nachrichten.** — **Amsterdam.** Dr. Graanboom habilitirte sich als Privatdocent der Pädiatrie.

— **London.** Dr. Herbert R. Spencer wurde zum Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe an University College Hospital ernannt.

— **Neapel.** An Stelle des verstorbenen Prof. Catani wurde Dr. de Renzi, bisher Professor der 2. medicinischen Klinik, zum Professor der 1. medicinischen Klinik ernannt. An seine Stelle tritt Dr. Antonius Cardarelli, bisher Professor der medicinischen Pathologie und Propädeutik.

— **Zürich.** Die neu eingerichtete ordentliche Professur für analytische Chemie wurde Prof. Fred. P. Treadwell, jetzt Honorarprofessor am Polytechnikum, einem Schüler Victor Meyer's, übertragen.

— **St. Petersburg.** Der ausserordentliche Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Abtheilung, Dr. F. Pasternatzki, ist zum ordentlichen Professor, der Privatdocent ebendaselbst, Hofrath Dr. Petrow, zum Professor der pathologischen Anatomie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Palovna ernannt worden. — An Stelle des zurücktretenden Prof. Mierzejewski wurde Prof. Bechterew-Kasan zum Professor der Neurologie und Psychiatrie an der militärmedizinischen Akademie berufen.

— **Charkow.** Der Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Leonhard Hirschmann, ist als Professor emeritus bestätigt worden. — Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. Openchowski, ist als ausseretatsmässiger ordentlicher Professor auf

dem Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik bestätigt worden. — Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. N. Kultschitzki, ist als ordentlicher Professor auf dem Lehrstuhl der Histologie und Embryologie in Charkow bestätigt worden.

— Kiew. Zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Kiewer Universität ist der bisherige ausserordentliche Professor der Chirurgie in Kasan, Dr. L. Malinowski, ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt der bisherige Privatdocent der Kiewer Universität, Dr. O. A. Rustizki.

* Todesfälle. In Berlin Prof. Dr. Fr. Falk, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin, öffentliche Gesundheitspflege und Geschichte der Medicin. — In Löwen der frühere Professor der Anatomie Dr. Etienne Michel van Kempen.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Wien ist am 24. October Nachmittags der mit dem Schleppschiffe Nr. 78 aus Budapest nach Wien eingetroffene Matrose Ferdinand Stepan unter verdächtigen Krankheitserscheinungen dem k. k. Kaiser Franz Josefs-Spitale übergeben worden. Durch die eingeleitete bacteriologische Untersuchung wurde das Vorhandensein von Cholera asiatica sichergestellt. — Auf die in der vorausgegangenen Woche eingetretene Steigerung der Intensität der Choleraepidemie in Galizien ist in der letzten Woche (17.—24. October Früh) wieder ein erheblicher Rückgang der Seuche gefolgt. Es betrug in letzterer Woche die Zahl der Bezirke, in denen neue Cholerafälle beobachtet wurden, 6, jene der Gemeinden 21 und sind in diesen 77 neue Erkrankungs- und 53 Todesfälle angezeigt worden, von welchen letzteren 16 auf Kranke früherer Bezirksperioden entfielen. Die Gesammtzahl der seit 3. August in Galizien constatirten Cholerafälle beträgt sohin 1190, jene der Todesfälle 704. — Deutsches Reich. In Hamburg kamen noch einzelne Cholerafälle, in Altona choleraverdächtige Erkrankungen vor. Die grösste Zahl von Cholerafällen ist in Stettin zu verzeichnen (vom 12.—20. October 14 Fälle). — Aus Frankreich liegen nur sehr spärliche Nachrichten vor, welche jedoch darthun, dass die Cholera noch immer an einzelnen Orten auftritt und in Nantes gehäufte Fälle vorkommen. — Spanien. Aus der Provinz Vizcaya wurden zwischen 23. Sept. und 6. Oct. 548 Choleraerkrankungen (225 Todesfälle) gemeldet. — Italien. Die Choleraepidemie in Neapel ist erloschen, doch kommen daselbst noch Darmerkrankungen in grösserer Zahl vor. In Livorno und in Palermo war die tägliche Zahl der Erkrankungsfälle eine kleinere. — Russland. Während in den Gouvernements im Innern des Reiches eine successive Abnahme der Zahl der Choleraerkrankungen eingetreten ist, herrscht die Seuche in den westlichen Gouvernements mit unveränderter Intensität fort. — Rumänien. In der letzten Woche vom 9. bis 15. October ist wieder eine leichte Zunahme der Choleraepidemie eingetreten und trat in Galatz und Fetestie eine grössere Zahl von Fällen auf. — Türkei. Die Zahl der Choleraerkrankungen in Constantinopel (Skutari) hat in der ersten Octoberwoche zugenommen, ebenso die Zahl der inficirten Localitäten. Sie tritt in den verschiedensten Stadtvierteln auf.

* Professor Dr. F. Kraus wohnt gegenwärtig IX., Lackirergasse 9.

Konkurs.

Bei der Stadtgemeinde in Priedor (Bosnien) gelangt mit 1. Jänner 1894 die Stelle des Stadtarztes mit dem systemisirten Bezuge von jährlich 1200 fl. zur Neubesetzung.

Die P. T. Bewerber wollen ihre vorschriftsmässig gestempelten, mit den entsprechenden Zeugnissen instruirten Gesuche längstens bis Ende November l. J. bei dem genannten Gemeindeamte einbringen.

Gemeinde-Amt
Priedor, Bosnien, am 20. Oktober 1893.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Aerztliche Stellen.

K. k. Sanitätsassistentenstelle in Oberösterreich mit dem Adjutum jährlicher 500 fl. provisorisch zu besetzen, ausserdem auch eine systemisirte Sanitätsassistentenstelle ohne Adjutum. Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre mit dem Nachweise des Alters, dann des an einer inländischen Universität erlangten Diploms eines Doctors der gesammten Heilkunde oder eines Doctors der Medicin und Chirurgie und Magister der Geburtshilfe, sowie mit dem Zeugnisse über eine nach Erlangung des Doctordiploms vollstreckte wenigstens einjährige ärztliche Verwendung in einem öffentlichen Krankenhause belegten Gesuche bis 20. November d. J. bei dem k. k. Statthalterei-Präsidium in Linz einzubringen.

Stadtarztesstelle in Skutsch (Böhmen) mit einem Jahresgehalte von 300 fl. Dem Stadtarzte obliegt ausser den im Gesetze vorgeschriebenen Dienstespflichten die unentgeltliche Behandlung der Kranken im dortigen Siechenhause. Bewerber haben ihre mit den Nachweisen des erlangten Doctorgrades, des Alters und der bisherigen Verwendung belegten Gesuche bis Ende October d. J. an das Gemeindeamt in Skutsch einzubringen.

Districtsarztesstelle in Heilendorf, Bezirk Hohenstadt (Mähren) mit 7 Gemeinden und 4500 Einwohnern. Gehalt 320 fl., Reisepauschale 180 fl., Gehaltszulage von der Gemeinde 100 fl. und freie Wohnung. Die gehörig instruirten Gesuche sind längstens bis 15. November d. J. an F. Vepřek, Vorsitzenden der Gesundheits-Commission in Heilendorf, einzusenden.

Gemeindearztesstelle in Arbe, polit. Bezirk Zara (Dalmatien). Jahresgehalt 1520 fl. Verpflichtung unentgeltlicher Behandlung der Gemeindearmen und aller in die «Condotte» eingeschriebenen Bewohner der Stadt Arbe. Gesuche mit den Nachweisen des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen und italienischen Sprache bis Ende October d. J. an die Gemeindeverwaltung in Arbe.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 10 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Bemerkungen zur sparsamen Verschreibungsweise. Von Dr. Heinrich Paschkis; ferner Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygienie, Pharmakologie und Toxikologie.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. Wien, 5. November 1893. Nr. 45.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl., halbj 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.*)

Bevor ich daran gehe, von dem Ulcus Ventriculi zu sprechen, welches heute ein durchaus neues Capitel der Chemie des Magens darstellt, muss ich, um Ihnen das Studium und die nähere Natur dieser Krankheit recht verständlich zu machen, ohne welche ein praktisches Vorgehen und eine rationelle Therapie nicht denkbar sind, zunächst die Eintheilungen, die wir bezüglich der Erkrankungen des Magens getroffen haben, feststellen und Ihnen dieselben wieder ins Gedächtniss rufen.

* * *

Versuch einer Classification der Krankheiten des Magens.

Wir hatten drei Gruppen unterschieden, welche die ganze Pathologie des Magens vom physiologischen und chemischen Standpunkte umfassten.

Die erste Gruppe begreift in sich die am besten präcisirten Formen; allen diesen kommt als vorherrschender Charakter die Hyperchlorhydrie zu, die, nachdem sie in der letzten Zeit heftig bekämpft worden war, allen Angriffen Widerstand geleistet und über die heftigsten Einwände biologischer Natur triumphirt hat.

Neben dieser eigentlichen Hyperchlorhydrie muss man in diese Gruppe noch einen andern Zustand hineinbringen, einen krankhaften Zustand, der erst in der allerletzten Zeit erkannt wurde, ich meine die Gastrosuccorrhoe oder andauernde allgemeine Hypersecretion, die unter zehn Fällen neun Mal von Hyperchlorhydrie begleitet ist; in diese Gruppe muss man auch das Ulcus Ventriculi hineinnehmen, welches in allen nicht complicirten Fällen die Hyperchlorhydrie zu seinem Ausgangspunkte nimmt.

*) Klinischer Vortrag, gehalten im Hôtel Dieu zu Paris; publicirt in «Le Bulletin Médical» vom 30. September 1893.

Die zweite chemische Gruppe entwickelt sich, ausser der Hyperchlorhydrie, auf dem Boden der abnormen Gährungen mit oder ohne Bildung von Gas; dieselbe wird unter dem Namen Gährungs- oder Gas-Dyspepsie, den ich vorgeschlagen habe, den chronischen Catarrh, die glandulären Gastritiden, die Cirrhosen, die Atrophien der Schleimhaut und den Krebs zu umfassen haben.

Die dritte Gruppe bezieht sich auf die neuro-motorischen Zustände, ohne — wenigstens primäre — Störungen chemischer Natur. In dieselbe kann man die Magendilatationen hineinbringen, wenigstens diejenigen Theile, bei denen die Dilatation gut ausgesprochen ist; überdies gehören hierher gewisse Gastralgien und endlich das primäre neuro-motorische Erbrechen.

* * *

Anatomische Pathogenese des Ulcus.

Nach diesen Prämissen lasset uns nun auf das Ulcus zurückkommen, welches im Jahre 1830 von Cruveihlier zuerst genau studirt worden ist. Wie Sie wissen, so handelt es sich hier um eine nekrotische Affection, die zuerst an der Schleimhaut auftritt und sich in die Tiefe verbreitet und oft die Gefässe arrodirt, wodurch sich die Hämorrhagien und die Perforationen des Organs erklären.

Man hat das Ulcus oft Ulcus rotundum, Ulcus simplex und Ulcus chronicum genannt; es ist in der That eine Seltenheit, wenn dasselbe eine ausgesprochen längliche Form hat, wenn sein Verlauf ein acuter ist, und wenn es multipel auftritt; nichtsdestoweniger entdeckt man oft neben dem Ulcus noch Narben älterer Ulcera.

Sein Lieblingssitz ist die Regio pylorica, die kleine Curvatur und die hintere Fläche. In diesem zuletzt genannten Falle kann die Arteria lienalis durch den Ulcerationsprocess in Mitleidenschaft gezogen werden.

Das Ulcus präsentirt sich bei der Section unter dem Anblicke eines abgerundeten oder mehr oder weniger ausgezogenen Substanzverlustes mit senkrecht in die Tiefe verlaufenden oder trichterförmigen Rändern mit einer bald gesunden, bald an ihren Rändern indurirten oder sehr vorspringenden Schleimhaut, die eine Schwellung von weinrother Farbe darstellt.

Der Grund des Ulcus kann aus einem grauen, pulpösen Magma bestehen. Häufig unterscheidet man an demselben die blossgelegten Muskelfasern und bisweilen eine klaffende kleine Arterie, welche die Quelle einer Hämorrhagie war.

Erinnern wir uns auch daran, dass die trichterförmige Anlage der Geschwürsränder mit der Beschaffenheit der Endigungen der kleinen Arterien des Magens, die sich in Form von Kegeln verbreitern, in Beziehung zu stehen scheint, und dass die Theorien der Thrombose und der Embolie lange Zeit für die Genesis des Ulcus Ventriculi herangezogen wurden; man findet auf jeden Fall häufig den Zustand der Endarteritis obliterans oder Miliaraneurysmen in den Gefässen der Region, in welcher das Ulcus seinen Sitz hat.

Dies sind in einigen Worten die anatomisch-pathologischen Charaktere des Ulcus; sie gestatten es, das Ulcus von den hämorrhagischen Erosionen zu differenziren, die man in Fällen von Gastritis u. s. w. antreffen kann. Nach der Ansicht mancher Pathologen, wie Virchow und Mathie, können sich die Erosionen unter dem Einflusse der corrosiven Wirkung des Magensaftes in Geschwüre umwandeln; aber es handelt sich in diesen Fällen meiner Ansicht nach um Ausnahmen; es ist nachgewiesen worden, dass die Erosionen nur sehr selten in den Geschwürszustand übergehen (Langerhans).

Gerhardt, der zahlreiche hämorrhagische Erosionen beobachtet hat, konnte nur einen einzigen Fall von Uebergang in Geschwür constatiren.

Was dazu angethan ist, eine Confusion in dieser Angelegenheit hervorzurufen, das ist der Umstand, dass die hämorrhagischen Erosionen Symptome bedingen können, welche denen des Ulcus analog sind und selbst den Tod durch Hämorrhagie bewirken können. Ein Fall dieser Art wurde in necropsia von Hampeln im Jahre 1891 constatirt.

Trotz seiner Tendenz, sich in die Tiefe auszubreiten, ist das Ulcus Ventriculi dennoch der Heilung zugänglich.

Thatsächlich heilt dasselbe oft, wie es die Narben, die man so häufig bei den Autopsien antrifft, beweisen; besonders ist dies beim Weibe der Fall. Wenn somit der Kranke den gefährlichen Complicationen, die sich hier ereignen können, entgangen ist, und zwar zu einer Zeit, zu der sich das Geschwür in voller Thätigkeit befindet (Hämorrhagien, Perforation des Magens mit darauffolgender Peritonitis, Darmfisteln u. s. w.), so vernarbt das Geschwür; dennoch ist der Kranke von diesem Momente an vor jedweder Gefahr nicht geschützt, denn die Narbe kann durchbrechen, oder wenn sie am Pylorus ihren Sitz hat, eine Verengerung desselben bedingen, die eine mechanische Dilatation des Magens mit allen ihren Consequenzen zum Gefolge hat.

Man sagt gemeinhin, dass der Kranke, der von einem Ulcus Ventriculi ergriffen ist, in den meisten Fällen früher an Magenbeschwerden gelitten hatte; dies trifft zu, wenn man damit die Existenz einer chemischen Störung, welche dem Geschwüre vorangegangen war, andeutet, aber diese Angabe ist nicht mehr zutreffend, wenn man den Ulcerösen von der Bildung des Ulcus als von einer eigentlichen Gastritis ergriffen betrachtet, oder wenn man die Existenz des Ulcus derjenigen der mehr oder weniger ausgesprochenen nervösen Störungen unterordnet.

Was die Gastritis betrifft, so ist es sicher, dass man häufig neben dem Ulcus folliculare Ulcerationen antrifft, welche dem Ulcus rotundum als Uebergangsformen dienen, aber diese Ulcerationen sind secundärer und nicht primärer Natur; sie sind das Resultat der Einwirkung des «hyperaciden» Magensaftes auf verschiedene circumscripte Stellen.

Was die umschriebene Region des Geschwüres betrifft, so ist es sicher, dass sie der Sitz sowohl interstitieller als wie auch parenchymatöser Veränderungen sei, dass man eine Proliferation des interstitiellen Zellgewebes und diverse Affectionen des Drüsenepitheliums constatirt; aber diese Veränderung, die man mit Unrecht als eine Gastritis bezeichnet hat, denn es handelt sich hier um einen degenerativen und nicht irritativen Process — ist ausserordentlich umschrieben. Ausser einer sehr kleinen Zone in der Umgebung des Geschwüres ist die Magenschleimhaut bei den Ulcerösen fast immer normal, im Gegensatze zu dem, was man in den Fällen von Krebs beobachtet.

Mit einem Worte, das einzige prodromale Stadium des Ulcus, das wir anerkennen, ist die Hyperchlorhydrie; sie existirt vor und während der Ulcerationsperiode; sie stellt eine specifisch chemische Störung dar; sie nimmt weder aus einer anatomischen Veränderung (Gastritis) noch aus einem nervösen Zustande ihren Ursprung.

Es ist unmöglich, das erste Auftreten des Ulcus näher zu bestimmen, denn die Phänomene der Hyperchlorhydrie, die ihm vorangehen, bieten natürlich die grösste Analogie mit denen des Ulcus selbst.

(Fortsetzung folgt.)

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung)

Myelopathische Muskelatrophie.

Von den atrophischen Paralysen, die auf Rechnung von centralen Ursachen kommen — den eigentlichen Myelopathien — gibt es drei grosse Gruppen, je nachdem, ob die Affection die oberen Bulbärkerne, oder die unteren Bulbärkerne oder die Rückenmarkskerne betrifft (namentlich diejenigen der Hals- und Lendenanschwellung), indem sie die klinischen Typen darstellt, wie Ophthalmoplegia, Bulbärparalyse und atrophische Rückenmarkslähmung. Alle diese Zellgruppen haben die Tendenz, einzeln oder mit andern zusammen afficirt zu werden, und zwar entweder primär oder in Combination mit anderen Systemerkrankungen. Die Affection, sei es, dass sie in den oberen oder unteren Kernen gelegen sei oder in den homologen Theilen des Rückenmarks, kann eine acute, subacute oder chronische sein u. s. w., und sie haben alle ihre eigenen klinischen Erscheinungen, die ich hier nicht zu wiederholen brauche.

Die wesentliche Ursache der atrophischen Paralyse in jedem Falle ist die Zerstörung der multipolaren Zellen der betreffenden Zellgruppen.

Es ist für die acute Form charakteristisch, dass die Paralyse zum grössten Theil regressiv ist, i. e., dass die initiale Lähmung ausgebreiteter sei, als der spätere Schwund der Muskeln, während bei der chronischen Form der Process mehr dahinneigt, progressiv zu werden, indem er der Reihe nach die einzelnen Zellen befällt, so dass eine Muskelfaser nach der anderen zu Grunde geht, und die Lähmung wird im Verhältniss zum Grade des Muskelschwundes auf diese Art hervorgerufen.

Dieselben Degenerationen werden bei den Muskeln sowohl als wie auch bei der peripheren Neuritis beobachtet, und sie bieten früher oder später die polaren Veränderungen dar, die für die Entartungsreaction charakteristisch sind, und bedingen überdies jene fibrillären Zuckungen, die durch ihre Abwesenheit bei der myopathischen Form der atrophischen Paralyse so sehr in den Vordergrund treten.

Die Vertheilung der Lähmung stimmt nicht mit derjenigen der peripheren Nerven überein, sondern sie hängt von der functionellen oder topographischen Association der afficirten Muskeln in den Bulbärkernen oder Rückenmarkssegmenten ab.

* * *

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—44, 1893.

Ophthalmoplegia.

Bei der Ophthalmoplegie, welche von einer Erkrankung der oberen Bulbärkerne abhängig ist, können die inneren Augenmuskeln allein afficirt sein (Ophthalmoplegia interna), oder die betreffenden conjugirten Bewegungen können einzeln oder gemeinschaftlich afficirt werden (Ophthalmoplegia externa), oder alle Augenmuskeln können gelähmt und atrophirt sein, in welchem Falle es sich um eine Zerstörung aller Kerne des Oculomotorius und des Trochlearis als wie auch des zu ihnen in Beziehung stehenden Abducenskerns handelt.

Es ist durch die experimentellen Untersuchungen von Hensen und Volckers und durch die klinischen und anatomischen Untersuchungen von Westphal, Siemerling, Bruce und Anderen festgestellt worden, dass der Oculomotoriuskern ein Aggregat von deutlich unterschiedenen Centren darstellt, von denen jedes wahrscheinlich eine specielle Beziehung zu gewissen Augenbewegungen hat. Aber die genauen functionellen Beziehungen einer jeden Zellgruppe sind noch nicht mit aller Sicherheit bestimmt worden.

Es ist jedoch wahrscheinlich, dass sich in der vordersten Zellgruppe (dem antero-lateralen Kerne von Darkschewitsch) die Centren für die inneren Augenmuskeln, für den Ciliarmuskel und für die Iris befinden.

Somit kann eine Affection, welche auf diese Region beschränkt ist, eine Lähmung des Ciliarmuskels mit oder ohne Mitbetheiligung der Iris bedingen.

Es ist wahrscheinlich, dass das Centrum für den Levator Palpebrae superioris in einer Zellgruppe gelegen sei, die sich zwischen dem distalen Ende des Oculomotoriuskerns und des Trochleariskerns befindet, und die in enger Beziehung zu den hinteren Longitudinalbündeln steht (Siemerling). Eine vollkommene Ophthalmoplegia interna et externa bedeutet eine totale Zerstörung der Augenkerne oder der peripheren Nerven. Ophthalmoplegia externa allein, i. e. ohne Mitbetheiligung der inneren Muskeln, spricht zu Gunsten einer Affection des Kerns, dies ist jedoch keine absolut giltige Regel, wenn der von Dammron berichtete Fall correct ist*).

Es war dies ein Fall von completer Ophthalmoplegia externa, abhängig von peripherer Neuritis, und ohne Affection der Kerne, ein Fall, in welchem, wie angegeben wird, die Kraft der Accommodation und die Pupillarreaction erhalten waren.

Es gibt jedoch noch ein anderes Symptom, das man im Zusammenhange mit der nuclearen Ophthalmoplegie antreffen kann, auf die Dr. Hughlings Jackson in der letzten Zeit aufmerksam gemacht hat,**) und welches in einem Falle, der in meiner Behandlung stand, und auf den er sich beruft, gut ausgesprochen war, nämlich das Zusammentreffen der Ophthalmoplegia externa mit Parese des Musculus oculo-facialis, i. e. des Orbicularis oculi und des Frontalis. Der Musculus oro-facialis und der Musculus oculo-facialis können bei einer centralen Erkrankung ganz unabhängig von einander afficirt werden, ein Moment, welches anzeigt, dass diese Theile der Facialismuskeln von verschiedenen Centren aus innervirt werden. Es gibt überdies mehrere Thatsachen, welche es wahrscheinlich machen, dass, abgesehen von den klinischen Fällen, auf die sich Dr. Jackson beruft, — die obere Region des Gesichtes von den oculo-motorischen Centren innervirt wird.

(Fortsetzung folgt.)

*) Citirt von Siemerling, Archiv für Psychiatrie, Bd. XXII, 1891, p. 167.

**) Lancet, Juli 15, 1893, p. 128

Mittheilungen aus der Praxis.

Placenta praevia und Wendung?

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Schulmässig denkt gewiss Jeder — wo Placenta praevia vorliegt — ist behufs Erhaltung des Lebens von Mutter und Kind schliesslich einzig die Wendung (auf den Fuss meistens) das richtig indicirte Mittel. Im Folgenden will ich berichten, wie es auch anders kommen kann.

Vormittags um 1/2 11 Uhr traf ich ein bei der Hökersfrau N. N., wegen starker Blutung vor Beginn der Geburt: wahrscheinlich, laut Nachricht der Hebamme, vorliegende Nachgeburt.

Ich fand das Orificium schwer erreichbar, kaum zweimarkstückgross, in demselben einige Cotyledonen der vorliegenden Placenta. Blutung momentan nicht beträchtlich. Sofortige Einlage des Colpeurynthers. Eigentliche Wehen waren nicht zu notiren gewesen. Ich versprach um 3 Uhr wieder zu kommen. Nach Einlage des Colpeurynthers hatten allgemach starke wehenartige Schmerzen sich eingestellt; die Frau war in grosse Bedrängniss gerathen, so dass meine Ankunft von ihr freudigst begrüsst wurde. Ich entfernte den Colpeurynther; eine kaum nennenswerthe Blutung hatte stattgefunden, es war mir unmöglich das Orificium zu erreichen, weil die volle Urinblase sich davor befand. Patientin wurde aufgefordert spontan zu uriniren, circa ein Liter Urin wurde entleert — grosse Erleichterung, — danach das Orificium thalergross mit den Placentarlappen gefühlt. Wiederum Einlage des Colpeurynthers sehr gegen den Wunsch der Patientin, welche ihre Beschwerden dem Colpeurynther zuschrieb. Verordnung von 1 % Morphiumlösung zur Beruhigung derselben, stündlich 10 Tropfen. Um 1/2 7 Uhr kam ich versprochener Massen wieder. Die Beschwerden und Schmerzen waren unerträglich geworden. Der Colpeurynther wurde entfernt, wiederum sehr gefüllte Blase. Spontane Entleerung von reichlich einem Liter Urin, keine besondere Blutung. Orificium fünfmarkstückgross, Placentarlappen zu fühlen. Abermalige Einlage des Colpeurynthers. Danach hypodermatische Injection von Morphium. Versprechen um 1/2 10 Uhr wieder zu kommen. Dies geschah. Patientin hatte sich alsbald ausserordentlich erleichtert gefühlt, hatte mit der Umgebung gescherzt, meinend, nun doch wohl aufstehen zu können; dazwischen etwas geschlafen. Ich entfernte den Colpeurynther, fand zu meinem Erstaunen in dem 6 *cm* weiten weichen Orificium keine Placentartheile mehr vor, sondern die pralle Fruchtblase, dahinter den vorliegenden Kopf. Ich eröffnete allsogleich die Blase, der Kopf kam näher, wenn auch noch sehr hoch liegend. Ich beschloss sofort die hohe Zange anzulegen. (Ich nehme in den letzten Jahren die Patientinnen nicht mehr aus dem Bett, sondern lagere nur das Becken hoch über einem untergeschobenen harten Polster mit gehörig resorbirenden Unterlagen) und, da die Noth mich ambidexter gemacht hat, zur Seite links oder rechts von der Patientin stehend, applicirte ich die hohe Zange ohne Mühe. Mit Hebeltractionen wurde in kurzer Zeit der Kopf mit dem Gesicht nach vorne in die vermittelst des Colpeurynthers gehörig vorbereitete Vagina und sodann durch die Vulva geleitet. Da diese nicht so vorbereitet war wie die Vagina, entstand ein Dammriss, indem der Damm halb eingerissen ward; — es fehlte mir an Zeit, seitliche Einkerbungen zu machen, — das Kind war frisch lebendig, schrie sofort. Die Placenta kam nicht von selbst, musste mit dem Credé genommen werden. Blutung im Ganzen sehr gering. Die Placenta war eigenthümlich gebildet. Die Nabelschnur inserirte sich ganz marginal etwa 5 *cm* von der Circumferenz entfernt; gerade dieser Theil der Placenta hatte vorgelegen, wie an dem mit schwarzen kleinen Blutgerinnseln versehenen rautenförmigen Placentartheile sichtbar war.

Hätte ich nach den Regeln der Kunst die Wendung vorgenommen, so hätte ich durch meine Hand oder den Arm

unbedingt diesen Placentartheil, nebst der daran befindlichen Nabelschnur comprimiren müssen, wodurch das Leben des Kindes in grosse Gefahr gerathen wäre.

Der rasche Entschluss, die hohe Zange an den vorliegenden Kopf anzulegen, mochte ich ihn fassen, in welchem Durchmesser ich wollte, behütete mich vor dieser Gefahr. Den kleinen Dammriss musste ich dafür in den Kauf nehmen, da ich den grössten Durchmesser des Kopfes durchzuzwängen hatte. Den Dammriss reinigte ich ohne ihn durch Naht zu vereinigen. Am fünften Tage war derselbe vollständig verklebt. Das Befinden von Mutter und Kind vortrefflich, aus der Behandlung entlassen. Brüste und Warzen bedurften keiner Specialbehandlung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 27. Oktober 1893

Prof. Dr. Th. Puschmann: *Ueber ärztliches Vereinswesen in alter und neuer Zeit.*

Die Bundesgenossenschaft entspricht einem in der Natur des Menschen liegenden Bedürfnisse, auf welches schon Aristoteles hingewiesen hat, indem er den Menschen ein Gesellschaftsthier nannte. Diesem Triebe verdanken wir die Gründung von Zünften, Gilden und Vereinen. Die frühesten Anfänge des ärztlichen Vereinswesens reichen bis in das graue Alterthum zurück. In Griechenland begegnen wir zuerst den Asklepiaden, welche sich als Nachkommen des Asklepios ausgaben, von dem sie die medicinische Lehre rein und unverfälscht überkommen hatten. Die Vertreter des ärztlichen Standes erscheinen daher ursprünglich als Geschlechtsgenossenschaft, in der sich die medicinische Kunst forterbte. Mit der Zeit aber gaben sich auch diesen Familien Fernstehende als Nachkommen des Asklepios aus, was meist aus Rücksicht für das Publikum geschah, welches von den Aerzten diese Pietät forderte und dieselbe durch erhöhtes Vertrauen auf ihre Leistungsfähigkeit belohnte. Wer in die Genossenschaft der Asklepiaden aufgenommen wurde, musste einen Eid schwören, dass er seinen Lehrer wie seinen Vater achten, seine Pflichten als Arzt treu und gewissenhaft erfüllen und seine medicinischen Kenntnisse und Geheimnisse keinem Fremden mittheilen wolle. Die Asklepiaden durchzogen theils das Land, theils liessen sie sich dort nieder, wo sie einen Wirkungskreis fanden; doch blieben sie in steter geistiger Verbindung, indem sie sich zu bestimmten Zeiten bei religiösen Feierlichkeiten versammelten, um ihre Zusammengehörigkeit zu zeigen.

Bei den Römern hat der ärztliche Stand niemals jenes Ansehen erlangt wie bei den Griechen. Es lag dies theils in der unselbstständigen Entwicklung der römischen Medicin, die selbst in ihren besten Vertretern die Abhängigkeit von griechischen Vorbildern erkennen liess, theils und hauptsächlich in den Elementen, aus denen sich der ärztliche Stand zusammensetzte, indem die Ausübung der Heilkunde hauptsächlich in den Händen der Sklaven lag. Dazu kam noch eine Menge von Abenteurern, die besonders aus Griechenland zuströmten. Während sich in Rom überall Innungen und Bruderschaften (Collegia) bildeten, ist von einer Vereinigung von Aerzten nur an zwei Stellen Erwähnung gethan.

Einige Schriftsteller nehmen an, dass das Zunftwesen der Römer auch auf das germanische Volk übergegangen sei. Sicher ist es, dass Verbindungen dieser Art schon im frühen Mittelalter bestanden. Dem Zuge der religiösen Romantik folgend, welche diese Periode beherrschte, stellten sich die Aerzte unter den Schutz eines Heiligen, und zwar wählten sie ein Brüderpaar, welches unter Diokletian die ärztliche Praxis ausübte. Zuerst hatten diese Vereine den Zweck der Wahrung ihrer Rechte, später übernahmen sie aber die Ueberwachung des medicinischen Unterrichtes in ihre Hand.

In Paris bildeten die Aerzte bereits im Beginne des 13. Jahrhundertes organisirte Vereinigungen mit Statuten und Gesetzen. Die ärztliche Zunft wurde als medicinische Fakultät der Universität einverleibt und hielt medicinische Prüfungen ab. Ein medicinischer Lehrkörper sonderte sich aus der ärztlichen Zunft erst ab, als man die Nothwendigkeit empfand, den fachmännischen Unterricht vor Unterbrechungen zu sichern. Dabei handelte es sich hauptsächlich um theoretische Vorlesungen, erst später kam es zu praktischen Untersuchungen am Krankenbette.

In Oesterreich überdauerte der religiöse Charakter, welcher den Innungen bei ihrer Entstehung aufgedrückt wurde, das Mittelalter, er äusserte sich dadurch, dass man an bestimmten kirchlichen Festen gemeinsam dem Gottesdienste beiwohnte und Andersgläubige von der Aufnahme ausschloss. Doch trat man auch dafür ein, dass Elemente der ärztlichen Zunft fern blieben, welche in socialer Hinsicht nicht als Gewinn für den Stand angesehen wurden.

Wenig erquicklich war das Verhältniss zwischen Chirurgen und Aerzten. Da der Clerus, welcher im Mittelalter die erste Stelle unter den verschiedenen Ständen behauptete, sich von den Chirurgen abwandte, wurde die Chirurgie zu einer Thätigkeit gestempelt, welche mit deren Bildung und Ansehen nicht im Einklange stand. Auch die Universitäten vernachlässigten die Chirurgie ganz planmässig. Der chirurgische Stand entwickelte sich aus ganz ungleichartigen Elementen und trat im 13. Jahrhundert den medicinischen Zünften bereits als organisirte Körperschaft gegenüber. 1416 wurde die Vereinigung der Chirurgen in Paris als chirurgische Fakultät der Universität einverleibt und erhielt auch später das Recht, akademische Grade zu verleihen, wogegen sich die Internisten aber sehr sträubten.

Allerdings trug der Umstand, dass die Grenze zwischen Chirurgen und Barbieren verwischt und zu manchen Zeiten aufgehoben wurde, auch dazu bei, dass ihnen die chirurgische Achtung, auf welche sie Anspruch erhoben, versagt blieb. Die Barbiere und Bader bildeten schon im 14. Jahrhunderte Innungen, und zwar blieben sie getrennt, so lange jedem der beiden Handwerke ein besonderes Recht zustand. Doch hatten allmälig die Barbiere die Erlaubniss zur Ausübung der modernen Chirurgie erlangt, und zwar in den Wohnstuben der Kranken, während die Bader nur in ihren Badestuben kleine chirurgische Verrichtungen ausführen durften. Die Barbiere dünkten sich mehr zu sein als die Bader und sträubten sich dagegen, dass sie mit den Badern in einer Zunft vereinigt wurden.

In Wien erhielten Bader und Barbiere 1662 eine gemeinsame Ordnung und wurden 1770 zu einer Zunft vereinigt, wodurch das Ansehen der Chirurgen sehr beeinträchtigt wurde.

In Frankreich wurde der Leibchirurg des Königs unter der Zahl der Kammerdiener geführt. Mehr Achtung als in Frankreich und Deutschland genossen die Chirurgen in Italien, England und namentlich in Holland. Die holländischen Chirurgen widmeten der Verbesserung des medicinischen Unterrichtes rege Aufmerksamkeit, und errichteten anatomische und chirurgische Lehranstalten, so dass mit der Zeit die holländische Schule eine massgebende Stellung einnahm. 1755 wurden die Barbiere aus der chirurgischen Zunft ausgeschieden, so dass dieselbe nur aus Chirurgen bestand.

Der sociale Aufschwung des chirurgischen Standes in Frankreich und Deutschland begann im 18. Jahrhundert und wurde begünstigt durch die Gründung chirurgischer Schulen und Akademien. Nach ihrem Muster schuf Kaiser Josef II. das Josephinum in Wien, welches ebenfalls gleichzeitig als Unterrichtsanstalt und Akademie organisirt wurde. Dieses Institut war dazu berufen, die Gleichstellung der Chirurgen mit den Aerzten herbeizuführen, überhaupt war Oesterreich das erste Land, in welchem durch eine sorgfältige Ausarbeitung des Lehrplanes, dieses Ideal erreicht wurde.

Die Zunft der Chirurgen und Aerzte gerieth im Laufe der Zeit in einen Zustand geistiger Erstarrung. Aengstlich bemüht, die von den Vorfahren überlieferten Einrichtungen zu wahren, gelangte sie zu einem übel verstandenen Conservatismus, welcher jede Neuerung unmöglich machte. Leere Aeusserlichkeiten, eifersüchtige Furcht vor Concurrenz, religiöse Unduldsamkeit drängten die edlen Triebe zurück, und sorgten dafür, dass Freiheit und Licht keinen Weg zu ihnen fanden. Durch Umgestaltung des medicinischen Unterrichtswesens verloren die Zünfte fast gänzlich ihren Einfluss

auf die medicinische Bildung und ihre mächtige Stellung im Staate wurde dadurch erheblich geschmälert.

Im Beginne unseres Jahrhundertes hatten sich die ärztlichen Zünfte bereits überlebt. Der nach Freiheit und Selbstständigkeit des Individuums ringende Zeitgeist forderte andere Formen für die Vereinigung der Berufsgenossen und schuf freie Gesellschaften, welche in gemeinsamer Pflege der Kunst und Wissenschaft, der sie dienten, ihr höchstes Ziel erblickten. So entstand schon im 17. und 18. Jahrhundert eine Anzahl ärztlicher Vereine, welche dieser Richtung huldigten. So wurden in Frankreich und England ärztliche Gesellschaften unter Betheiligung des medicinischen Lehrkörpers ins Leben gerufen, welche den Uebergang von der Zunft in den Verein so geschickt zu vollziehen verstanden, dass ihnen die schweren Stürme erspart blieben, welche anderwärts den Bestand der ärztlichen Gesellschaft so sehr erschütterten. Aehnliche Gesellschaften bildeten sich auch in anderen Staaten.

In Deutschland erwachte das medicinische Vereinswesen schon ziemlich früh (1652 zu Schweinfurth), später in Hamburg, Leipzig u. s. w. Heute hat fast jede grössere Stadt einen oder mehrere ärztliche Vereine. Die Mehrzahl hat sich dem 1873 gegründeten deutschen Aerztebunde angeschlossen.

In Oesterreich blieb die ärztliche Zunft länger am Leben als in Deutschland. Die medicinischen Doctorencollegien zu Wien und Prag haben sich durch Pflege der Wissenschaft und Humanität einen hervorragenden Platz unter den ärztlichen Corporationen unseres Vaterlandes errungen. 1838 wurde die k. k. Gesellschaft der Aerzte gegründet, welche hauptsächlich den Fortschritt in der medicinischen Wissenschaft im Auge hatte. Zu diesem Zwecke veranstaltete sie regelmässige Versammlungen mit Vorträgen und praktischen Demonstrationen; sie gab ferner eine Zeitschrift heraus, in welcher werthvolle Arbeiten zur Veröffentlichung gelangten. Neben diesen beiden grossen ärztlichen Gesellschaften ist in Wien im Verlaufe der letzten Jahrzehnte eine Anzahl medicinischer Vereine entstanden, welche theils einzelne Specialitäten der Heilkunde pflegen, theils die Annäherung engerer Berufsgenossen berücksichtigen. Aber auch in anderen Städten der Monarchie entwickelte sich ein reges Vereinsleben unter den Aerzten, die der Mehrzahl dem 1878 gegründeten allgemeinen österreichischen Aerzteverbande beitraten. Endlich hat die Regierung die Errichtung von Aerztekammern, nach dem Muster der in Deutschland bestehenden, bewilligt, welchen ein gewisser Einfluss auf das Sanitätswesen eingeräumt ist. Der parlamentarische Zug unserer Zeit macht sich auch in der med. Vereinsthätigkeit geltend. Die Versammlungen der Aerzte mit ihren Verhandlungen und Debatten bilden neben dem Katheter des akademischen Lehrers, neben dem Krankenzimmer den Boden, auf welchem sich die medicinische Geschichte der Gegenwart abspielt.

Dr. Em. Mandl.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

3. Allgemeine Sitzung.

Prof. Ferdinand Hueppe: *Ueber die Ursachen der Gährungen und Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik.*

(Schluss.)

Neben den beiden erwähnten Kategorien von Thatsachen, die man bei der Befruchtung und Infection im Versuche sicher stellen kann, gibt es aber noch eine dritte Gruppe von Erscheinungen, welche die Auslösung auch vom Standpunkte der Quantität zu betrachten zwingen.

Die Untersuchungen über die physikalischen Vorgänge in den Nerven und Muskeln hatten mehr und mehr sichergestellt, dass die Auslösung von der Quantität der Reize derart beeinflusst wird, dass schliesslich PFLÜGER ein allgemeines Reizgesetz entwickeln konnte. Aehnliches stellte sich immer deutlicher für alle anderen Reize der Physiologie heraus und der Ablauf der psychophysischen Vorgänge erwies sich deutlich in Abhängigkeit von denselben Gesetzmässigkeiten. Die Vorstellung eines «Schwellwerthes» der Reize, unterhalb dessen die Reize anders als oberhalb desselben wirken, ist in der neueren Physiologie und Psychologie ganz geläufig. Unbegreiflich ist es nur, dass kein Physiologe bis jetzt versucht hat, derartige Reizgesetze, welche die Reize geradezu mehr als eine Quantität denn als Qualität aufzufassen zwingen, mit dem Energiegesetze in Einklang zu bringen. Aber die Bedeutung dieses Gesetzes geht noch viel weiter. H. SCHULZ ermittelte, dass dasselbe Gesetz auch für die Desinfection gilt und ich selbst fand, dass es ebenso die Heilungsvorgänge beherrscht. Mit der letzten Ermittelung wurden alte, von den Ueberexacten verhöhnte Vorstellungen früherer Aerzte wieder rehabilitirt. Ich fand, dass der berühmte Paracelsus schon derartige Ideen sich auf Grund der Beobachtung über die Wirkung von Arzneimitteln gebildet hatte, dass auch den späteren Klassikern der Heilkunde, wie SYDENHAM, mehr noch SWIETEN und BROWN, derartige Vorstellungen ganz geläufig waren, die von den Isopathen und Homöopathen, allerdings in einem etwas wunderlichen Gewande, gegenüber dem Nihilismus in der Therapie gerettet und deshalb von den Exacten verspottet wurden, bis der weitere Fortschritt in der Exactheit wieder zwingend auf diese alten Lehren hinwies. H. SCHULZ und ich konnten deshalb das Reizgesetz als ein für alles organische Geschehen durchgreifendes Gesetz entwickeln, nach dem jede auslösende Energie unterhalb eines bestimmten Punktes auf Protoplasma reizend und anregend, jenseits desselben aber die Leistungen herabsetzend, vernichtend, tödtend wirkt. Es ist also wieder die Quantität des Reizes, welche uns entscheidend entgegentritt. Und ein solches, das ganze organische Reich beherrschendes Gesetz der Quantität sollte gar keine Beziehungen zum Energiegesetze haben?

Nur STRICKER scheint diese Lücke gemerkt zu haben, wenn er es als Aufgabe der Auslösung betrachtet, dass dieselbe die Hemmung zu überwinden habe. Da im Pulver die Bewegung in irgend einer Weise gebunden, gehemmt ist, sagte er: «Das Pulver zünden, heisst so viel als die Hemmung lösen». Leider war STRICKER mit den Fortschritten der Energetik nicht genügend vertraut, um den ganzen Zusammenhang zu finden. Seine Auffassung, dass die Nervenleistung ein verkleinertes Mass der Muskelleistung sei, ist nur ein Bild und passt gar nicht für die Vorgänge der Befruchtung, Gährung, Infection und für die anorganischen Processe. Aber immerhin hat STRICKER den richtigen Punkt erkannt, an dem der Hebel anzusetzen ist.

Von den Physikern hat meines Wissens nur HELM die schwache Seite erkannt, aber nur im negativen Sinne. Er sagt wörtlich: «Streben», «Tendenz» sind selbstverständlich nur Hülfsvorstellungen, in die wir die Erscheinungen zwingen, um unsere Vorstellungen bequemer zu gestalten. Wenn ein Gewicht auf eine Unterlage gelegt oder an einen Faden gehängt wird, so fällt es sicherlich und hat nicht nur Bestreben zu fallen. Seine Energie der Schwere geht von dem höheren Horizont zum tieferen wirklich über und verwandelt sich dabei in kinetische Form. Gleichzeitig ist aber eine andere Energieart vorhanden, — die der Elasticität der Unterlage oder des Fadens. In sie verwandelt sich jene kinetische Energie, um dann wieder durch sie von neuem gebildet zu werden. Dieser Umsatz würde sich unaufhörlich wiederholen, wenn nicht Wärme gebildet würde, wodurch endlich jenes Gewicht zur Ruhe kommt.»

Beim Heben eines Gewichtes wird demselben eine bestimmte Menge potentieller Energie (Arbeitsvermögen) zugeführt; wird nun die Unterlage entfernt oder in anderer Weise durch einen Anstoss das Gewicht zum Fallen gebracht, so ist die kinetische Energie (Arbeit) der potentiellen gleich. Wir wissen aber aus dem Versuche und der Berechnung, dass bei dem Verhindern des unmittelbaren Falles des gehobenen Gewichtes, d. h. bei Verhindern des Ueberganges der potentiellen Energie in kinetische durch eine Unterlage der beiden Energiemengen doch schliesslich nach der Auslösung gleich sind, trotzdem inzwischen Wärme gebildet wird, trotz des hiermit verbundenen Energieverlustes! Es müsste in diesem Fall — nil fit ex nihilo! — die in Form der Wärme verloren gegangene Energie aber aus nichts gewonnen worden sein, wenn sie nachher doch wieder nach Fallen des Gewichtes vorhanden ist! Müssen wir da nicht gezwungen den Energieverlust durch Wärmebildung auf der einen Seite und das Wiederauftreten dieser selben inzwischen verloren gegangenen Energiemenge bei der Auslösung auf der anderen Seite mit eben dieser Auslösungsenergie in ein Identitätsverhältniss

bringen? Ich glaube, dass dies in der That die einzige Möglichkeit ist, um den Vorgang ganz zu verstehen. Die Auslösung führt so viel Energie zu, als zur Ueberwindung der Hemmung, als in specie zur Deckung des Wärmeverlustes nöthg ist. Der Energieverlust, der dadurch entsteht, dass wir potentielle Energie nicht unmittelbar, nicht ohne Auslösung oder Reiz (wobei also die Auslösung Null wird) in kinetische Energie übergehen lassen, muss aber ganz verschieden gross ausfallen je nach der Art und Form der Unterstützung des Gewichtes, grösser wenn es horinzontal gelagert wird, geringer wenn es schräg gelagert wird, grösser mit grösserer, geringer mit geringerer Reibung. Zur Ueberwindung der geringeren Reibung eines schräg gelagerten Gewichtes, d. h. zur Auslösung dieser potentiellen Energie, genügt vielleicht der Druck eines Fingers, während zur Ueberwindung der Hemmung desselben, aber horizontal gelagerten Gewichtes auch die Kraft eines Pferdes vielleicht nicht hinreicht. Die Auslösung erweist sich auch hier als eine Quantität! Die Schneemasse, welche schräg gelagert ist, hat durch ihren Druck auf die Unterlage einen geringeren Energieverlust erlitten, als dieselbe Masse, wenn sie horizonal gelagert ist. Im ersten Falle genügt eine geringe Energiezufuhr durch Sonnenstrahlung, durch den Flügelschlag eines Vogels, durch den Schall einer Stimme, um den Verlust wieder auszugleichen und die Lawine in's Rollen zu bringen, während die andere, gleiche, aber anders gelagerte Schneemasse so gewaltige Einbusse an Energie durch den stärkeren Druck auf ihre Umgebung erlitten hat, dass so geringe Kräfte diesen Energieverlust nicht aufheben, dass sie diese potentielle Energie nicht auslösen.

Der Pyrotechniker, der Sprengungen vorzunehmen hat, weiss sehr gut, dass er einer bestimmten Menge potentieller Energie der Sprengmasse auch eine bestimmte Auslösungsenergie zuweisen muss, weil sonst die Entzündung der Masse unvollkommen wird. Es ist nicht allein die praktische Lagerung der Sprengmasse, die ihn zur Vertheilung zwingt, sondern auch die Beobachtung der unvollständigen Auslösung der Energie bei zu geringer Energiezuführung zur Auslösung.

Die Gerinnung des Käsestoffes erfolgt wohl durch sehr geringe Mengen Lab, aber immerhin muss eine bestimmte Minimalmenge im Verhältnisse zur Menge Milch vorhanden sein, wenn die Gerinnung vollständig werden soll. Wo wir uns auch umsehen, überall tritt die Auslösung uns auch als Quantität entgegen.

Die Möglichkeit der Gewinnung und Aufspeicherung potentieller Energie hängt nun damit zusammen, dass wir den Punkt vermeiden, an dem diese Energie unmittelbar und ohne Auslösung in kinetische übergehen muss, dass wir eine Hemmung einführen. Diese Differenz ist es nun, welche in der Auslösung als Reizgrösse zugeführt werden muss. In einem System sind potentielle Energie plus Auslösungsenergie der kinetischen Energie gleich. Nur für eine ganz bestimmte Versuchsanordnung ist ohne jede Einschränkung die potentielle Energie allein der kinetischen gleich, nämlich dann, wenn die eine Energieform unmittelbar in die andere übergeht. In diesem Fall wird die auslösende Energie gleich Null, sie ist als Grösse, als Menge schon in der potentiellen Energie enthalten und es ist deshalb widersinnig, in diesem Falle überhaupt von Reiz oder Auslösung zu sprechen. Der Reiz ist eine Quantität oder er ist überhaupt nicht vorhanden. Seine absolute Grösse oder Kleinheit ändert an diesem Verhalten nichts und entscheidet nicht über die Auffassung. Wenn man so in dieser meiner Auffassung endlich und zum ersten Male den Reiz und die Auslösung als eine wäg- und messbare Grösse erkennt, so hört er auf unbegreiflich zu sein wie eine Qualität. Er ist damit thatsächlich so gut begreifbar geworden wie jede andere Naturerscheinung und die Grenze seiner Begreifbarkeit liegt da, wo auch die jeder anderen Naturerscheinung liegt, in den uns gezogenen subjectiven Schranken des Erkennens, die uns überhaupt nöthigen in die Energievorstellungen Qualitäten einzuführen als Formen. Durch die neue Vorstellung treiben wir die letzte Entität aus dem Hause der Naturwissenschaft, in dem fortan als Herrin die Vorgänge unbehelligt wohnen. Im Zusammenhange der Erscheinungen ist es möglich, dass von der so gewonnenen kinetischen Energie zufällig gerade so viel zur Auslösung anderer latenter Energie verwendet wird und damit dem ersten System verloren geht, als vorher zur Auslösung der ursprünglichen potentiellen Energie erforderlich war. Aber nothwendig ist dies nicht, es kann auch mehr, es kann auch weniger sein.

Im normalen physiologischen Geschehen wird die potentielle Energie möglichst hoch und von allen bekannten Fällen am labilsten aufgebaut, so dass relativ kleine physiologische Reize zur Auslösung genügen und ein Ueberschreiten dieser Reizgrössen zu krankhaften Erscheinungen führt. Ebenso sucht der Techniker seine Maschine so zu bauen, dass die Auslösung als Reizgrösse möglichst klein wird und eine Kinderhand den gewaltigen Dampfhammer zu regieren vermag. Der Physiker richtet seine Versuche über Energie so ein, dass er gegenüber der Grösse des Wärmeäquivalentes praktisch die Energiemenge der Auslösung in der Rechnung vernachlässigen darf. Aber mit alle dem verchwindet diese Grösse doch nicht, sie wird damit nicht zu einer blossen Qualität. In anderen Fällen die doch eben so gut wie die adäquaten Minimalreize der Physiologie zu berücksichtigen sind, wird aber die Reizgrösse sogar zu einer gewaltigen. Je höher und labiler die potentielle Energie aufgebaut ist, um so geringer wird natürlich die Energiemenge, welche zur Uebwindung der Hemmung als Differenz zugeführt werden muss, aber niemals kann sie zu einer blossen Qualität, zu einer mystischen Entität werden. Bei der Befruchtung sehen wir die Auslösungsgrösse etwa die Hälfte zur kinetischen Energie beitragen, bei der Auslösung der Infection wenig disponirter oder spontan scheinbar immuner Thiere dürfte die Reizgrösse sogar mehr als die Hälfte zur Energie beitragen, die wir als kinetische Energie in Form der specifischen Krankheit auftreten sehen. Gerade solche Vorgänge, welche, wie die Gährungen, eigentlich nur Quantitative Ueberschreitungen des gewöhnlichen physiologischen Geschehens darstellen, oder bei denen, wie bei den Krankheitsprocessen oft ein einfaches Ueberschreiten physiologischer Vorgänge als specivische Qualität imponirt, sind deshalb so geeignet, die Vorstellungen einer blos qualitativen Auffassung der adäquaten Minimalreize zu corrigiren und uns in's Gedächtniss zu rufen, dass sich diese aus den gröberen Massenreizen als Sonderfälle in Folge häufiger Wiederholung erst in langen Zeitperioden entwickelt haben.

Dem hygienisch denkenden Arzte erwächst daraus die Aufgabe, den Ablauf der Erscheinungen so zu leiten, dass ohne Störung der physiologischen Auslösungen die pathologischen Auslösungen erschwert werden, eine Aufgabe, die durchaus nicht aussichtslos ist und unserer Wissenschaft herrliche Ziele für die Zukunft stellt, die ebenso gut anzustreben sind, wie die Bekämpfung der Auslösungserreger, der Mikroparasiten, die man doch nur dann als denkender Arzt erfolgreich bekämpfen kann, wenn man nicht nach neuerdings beliebter Art die vom Wirthsorganismus gebotenen «Ursa hen» als die gegebene auslösbare Energie übersieht. Das Vernachlässigen des letzteren Punktes erschwert das Auffinden «specifischer» Heilmittel.

So führen uns die höchsten Probleme der Erkenntnisstheorie und der exacten Wissenschaften auch immer wieder auf praktische Aufgaben, die ihrerseits wieder die Theorie glücklich beeinflussen können. Die Wissenschaften des Organischen werden durch die Fortschritte der exacteren anorganischen Wissensgebiete auf eine höhere Stufe gehoben. Dadurch wird es ermöglicht, der Mystik der Ontologie, den Resten der Personificationen der Priestermedicin ein Ende zu machen und das Organische und Organisirte von demselben strengen mechanischen und dem alles umfassenden monistischen Standpunkte zu betrachten, wie das Anorganische. Und als Dank dafür lehren die neuen, oft sehr viel schwerer zu fassenden Wahrheiten, welche uns das Lebende kennen lehrt, wie man deren Anregungen auch wieder für die exacten Gebiete verwerthen kann.

Nach der uralten Sage unseres Volkes findet der Held die Sonnenfrau in der Wohnung des Winterriesen nur auf mühseligen, labyrinthischen Gängen, aus denen keine Wiederkehr möglich scheint, und nur in harten Kämpfen mit dem Drachen der Finsterniss vermag er die Strahlende zu befreien und zur lichten Klarheit empor zu führen. So ist auch der Wissenschaft der Sieg oft nur auf schwierigen Wegen, nach vielen Umwegen und

schier endlosem Umherirren unter harten Kämpfen beschieden. Nach Ueberwindung der mystischen Personificationen der Priestermedicin haben wir noch die Reste dieser Weisheit in der Medicin zu überwinden, wie sie uns bis jetzt in den «Entitäten» oder «Wesen» der Krankheitsspecies, der kranken Zellen, der specifischen Infections- und Gährungserreger, aber auch in den reinen Qualitäten der Reize in der Physiologie und der Auslösungen in der Physik entgegen treten. In der Energetik ist ein Rest dieser Auffassungen in den Tendenzvorstellungen geblieben, die mehr dunkle Qualitäten vortäuschen, als bei folgerichtiger Entwickelung der Energieideen thatsächlich vorhanden sind. In der Erkenntnisstheorie und Begriffskritik muss das Verständniss für die Subjectivität unserer Einsicht lebendiger und allgemeiner werden, um die Irrthümer der im unfehlbaren Mysticismus befangenen Gnostiker, welche die Schranken unserer menschlichen Erkenntniss nirgends achten, zu überwinden.

Alle diese Richtungen zusammen enthalten den Kern einer neuen Weltanschauung, die berufen ist, die Menschheit auch sittlich auf eine höhere Stufe zu heben, in der die Erkenntnisstheorie mit ihrer Kritik des Arbeitsinstrumentes der Begriffe und die Energetik als erstes Integralgesetz ausersehen sind, die Führerrolle zu übernehmen.

In diesem Ringen nach Erkenntniss zeigen Naturwissenschaft und Medicin als gleichwerthige Glieder und im innigen Wechsel, wie er vorbildlich gerade in Deutschland sich entwickelt hat, inhaltlich die Berechtigung jener innigen Verbindung, wie sie in formeller Beziehung einen so glücklichen und auch für die Zukunft Erfolg verheissenden Ausdruck gefunden hat in unserer Versammlung der deutschen

Naturforscher und Aerzte.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell. (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

(Fortsetzung.)

Ehe ich es versuche, Ihnen, verehrte Anwesende, wenigstens einige der wichtigsten durch den Alkohol bedingten Gesundheitsstörungen, wie der Arzt sie beobachtet, darzulegen muss ich eine kurze allgemein-toxikologische Bemerkung vorherschicken Dieselbe scheint mir überhaupt für die Auffassung der meisten chronischen Vergiftungen von Bedeutung zu sein. Nehmen wir als Beispiel zunächst eine andere genau bekannte chronische Intoxication — die chronische Bleivergiftung. Wir sehen hier in der Regel, dass die dem verderblichen Einflusse des Bleies ausgesetzten Arbeiter (Schriftsetzer, Maler, Töpfer u. s. w.) täglich nur höchst geringe, dem Gewicht nach oft kaum bestimmbare Mengen Blei durch den Staub, durch verunreinigte Nahrungsmittel und dergleichen aufnehmen. Die Einzelwirkungen dieser alltäglich aufgenommenen sind so unbedeutend, dass sie sich meist nicht durch die allergeringste Störung des körperlichen Wohlbefindens verrathen. Nachdem aber vielleicht Jahre lang diese ununterbrochene tägliche Einwirkung der kleinsten Giftmengen stattgefunden hat, tritt oft fast mit einem Schlage oder in wenigen Tagen irgend ein schweres Symptom der Bleivergiftung eine Kolik, eine Lähmung der Hände, ein epileptischer Anfall oder dergleichen auf. Hierbei muss also nothwendigerweise eine Summation zahlreicher ganz geringer Einzelwirkungen stattgefunden haben, die nun mit einem Male die Höhe eines eingreifenden Reizes oder einer das organisirte Gewebe zerstörenden Kraft gewinnt. Dieses eigenthümliche und in theoretischer Hinsicht sehr interessante Thatsache der Summation kleinster Giftwirkungen findet sich fast bei allen chronischen Intoxicationen und erklärt uns in vielen Fällen das sonst scheinbar unvermittelte plötzliche Auftreten schwerer Krankheitserscheinungen. Auf diese Weise verstehen wir z. B. den plötzlichen Ausbruch der schwersten Urämie bei einem vorher scheinbar im besten Wohlsein befindlichen Nierenkranken, so verstehen wir auch bei einem Trinker das plötzliche Auftreten eines Delirium tremens oder die mit einem Mal sich einstellende Kraftlosigkeit seines geschädigten, aber bis dahin noch völlig rüstig arbeitenden Herzmuskels. Allem Anschein nach ist es vorzugsweise das Gewebe unseres Nervensystems, welches diesen sich summirenden Wirkungen von im Einzelnen scheinbar geringfügigen toxischen Einflüssen am meisten ausgesetzt ist, und es ist vielleicht etwas mehr als ein blosses Spiel der Gedanken, wenn ich diese Summationserscheinungen als eine Art Gedächtniss der Nervenfassern und Ganglienzellen bezeichne und sie bis zu einem gewissen Grade mit dem Gedächtniss für die höheren geistigen Eindrücke vergleiche. Gerade die Betrachtung der chronischen Alkoholwirkung lehrt uns, dass es sich bei dieser im Körper so leicht verbrennbaren Substanz gewiss nicht um eine Summation des toxischen Stoffes selbst, sondern um ein andauerndes Nachbleiben der durch die chemischen Wirkungen desselben einmal eingetretenen, an sich auch noch so geringen Veränderungen in dem Nervengewebe selbst handeln muss. Diese Veränderungen wachsen allmählich immer mehr und mehr an, bis sie schliesslich in den dauernd krankhaften Zustand übergehen.

Für die praktische Beurtheilung des chronischen Alkoholismus ist die soeben angestellte Betrachtung von der grössten Bedeutung. Sie zeigt uns, warum es durchaus nicht stets der häufig wiederholten acuten schweren Vergiftung mit äusserlich bemerkbaren auffälligen Symptomen bedarf, um schliesslich doch ein schweres chronisches Krankheitsbild zu erzeugen, sondern dass hierzu schon verhältnissmässig geringe, sich aber andauernd und regelmässig wiederholende Einwirkungen des Giftes völlig genügen. Darum drängt sich der ärztlichen Erfahrung, je sorgsamer sie sich auf diesen Punkt richtet, immer mehr die überzeugung auf, dass es keineswegs nur die notorischen Vieltrinker und richtigen Trunkenbolde sind, welche den schädlichen Wirkungen des Alcoholismus verfallen, sondern auch zahlreiche Personen, welche die Bezeichnung als «Trinker» mit Entrüstung zurückweisen würden.

Wie bei fast allen anderen acuten und chronischen Intoxicationen, so zeigt sich auch beim Alcoholismus die interessante Thatsache der so ungemein verschiedenen individuellen Veranlagung gegenüber den Einwirkungen ein und desselben Giftes auf den menschlichen Körper. Nehmen wir als Beispiel zunächst wiederum die chronische Bleivergiftung. Von 100 Schriftsetzern, die unter fast vollkommen gleichen Bedingungen in demselben Arbeitssaal bei der selben Beschäftigung täglich ungefähr die gleichen geringen Mengen Blei in ihren Körper aufnehmen, erkrankt der Eine vielleicht schon nach wenigen Monaten an schweren Erscheinungen des Saturnismus und wird immer wieder von Neuem krank, sobald er zur früheren Beschäftigung zurückkehrt, der Andere dagegen erkrankt vielleicht erst nach Jahren, ein Dritter niemals. Und neben dieser verschiedenen individuellen Veranlagung im Allgemeinen besteht zweifellos auch noch eine individuell verschiedene Disposition der einzelnen Organe. Der eine dem Blei Ausgesetzte erkrankt an Lähmung der Hände, der Andere an einem Darmleiden, der Dritte an chronischer Nierenentzündung u. s. w.

Alle diese Thatsachen finden ihr vollständiges Analogon in der Pathologie des chronischen Alkoholismus. Wir können sie nicht genügend erklären, aber wir müssen mit ihnen rechnen. Sie sind theoretisch interessant, weil sie offenbar mit den innersten Verhältnissen unserer Organisation zusammenhängen, praktisch wichtig, weil wir zahlreiche scheinbare Widersprüche in dem Auftreten der Alkoholerkrankungen nur auf diese Weise verstehen. Freilich dürfen wir in der Betonung der individuellen Disposition auch nicht zu weit gehen. Offenbar sind auch noch andere Umstände in Betracht zu ziehen, wenn wir die Verschiedenheiten im Auftreten der Alkoholerkrankungen erklären wollen. Ohne hierauf näher eingehen zu können, möchte ich nur die eine interessante Thatsache hervorheben, dass der Ausbruch der summirten Alkoholwirkung durch gleichzeitige andersartige Schädlichkeiten bedingt sein kann. So sehen wir z. B. bekanntlich oft bei einer acuten fieberhaften Krankheit, nach einem Trauma, nach einem stärkeren Blutverlust mit einem Mal die längst verbreiteten aber bis dahin noch völlig latenten Wirkungen des Alkohols zum Ausbruch kommen. Diese Beobachtung machen wir keineswegs nur, wie längst allgemein bekannt, beim alkoholischen Delirium, sondern auch bei anderen Alkoholerkrankungen. So beobachtete ich z. B. vor kurzem eine typische alkoholische Polyneuritis im unmittelbaren Anschluss an eine acute Pneumonie.

Für die richtige Auffassung der eigentlichen Krankheitsursache sind diese Verhältnisse jedenfalls sehr beachtenswerth.

Wie die meisten toxischen Stoffe überhaupt, wirkt auch der Alkohol in erster Linie auf das Nervensystem ein. Bei der acuten Intoxication treten Lähmungserscheinungen an den höheren psychischen Vorgängen am meisten hervor, weil sie am leichtesten bemerkbar sind. Jede etwas genauere Beobachtung zeigt aber auch schon bei geringeren Graden der Vergiftung die gleichzeitige Beeinflussung der motorischen Innervationsvorgänge, die Unsicherheit der Bewegungen und die Erschwerung der Sprache, während die sensiblen Leitungswege eine weit grössere Widerstandskraft zu besitzen scheinen. Genau entsprechend diesen bekannten Erscheinungen des acuten Rausches sehen wir auch die zwei Hauptformen nervöser Erkrankung in Folge chronischer Intoxication in denselben eben genannten Gebieten auftreten, einmal im Gebiete der höheren Bewustseinsvorgänge in der Form des alkoholischen Deliriums, im Gebiete des motorischen Nervensystems in der Form des alkoholischen Tremors und der alkoholischen motorischen Lähmungen und Ataxien, mit einem der sogenannten alkoholischen Polyneuritis. Letztere ist bekanntlich eine der häufigsten und wichtigsten Formen der grob anatomischen Nervendegeneration in Folge fortgesetzter chemisch-toxischer Einwirkungen. Fraglich und noch unentschieden ist es nur, ob dieses Absterben der peripherischen Nervenfasern durch eine unmittelbare Einwirkung der Alkoholmolecüle auf die Nervenfasern selbst stattfindet. oder ob wir die eigentliche Wirkungsstätte des Giftes in den Zell- resp. Kerncentren der Nervenfasern zu suchen haben, so dass die letzteren also erst secundär in Folge der Schädigung ihrer entfernten Ernährungscentren absterben.

So interessant und wichtig übrigens auch das Studium der beiden eben genannten notorisch rein alcoholischen Erkrankungen, des Alkohol-Deliriums und der alkoholischen Polyneuritis ist, so dürfen wir die praktische Bedeutung derselben doch nicht überschätzen. Die Häufigkeit des alkoholischen Deliriums tritt, mit der Gesammtzahl der Bevölkerung verglichen, nur in einigen grossen Städten hervor, welche von einer zahlreichen schnapstrinkenden Arbeiterschaft bewohnt werden. Da sind freilich die Zahlen traurig genug, wenn man z. B. liest, dass in Hamburg jährlich ca. 150 Deliranten in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen werden, während die jährliche Anzahl derselben in der Berliner Charité sogar ca. 500—600 beträgt. In den besseren Bevölkerungs-Schichten und insbesondere bei Biertrinkern ist das alkoholische Delirium eine recht seltene Erkrankung, wenn gleich es freilich auch hier noch oft genug die traurige und aufregende Schlussscene in dem Lebensdrama eines Trinkers bildet. Auch den alkoholischen Neuritiden kommt ihrer relativen Seltenheit wegen keine sehr grosse praktische Bedeutung zu. Immerhin wird ihr Vorkommen weit häufiger erkannt werden, wenn die Kenntniss dieser Krankheit erst noch mehr in die weiteren ärztlichen Kreise eingedrungen sein wird. Namentlich möchte ich auch hier hervorheben, dass ich das Auftreten einer alkoholischen Polyneuritis keineswegs nur bei Schnapstrinkern, sondern wiederholt auch schon bei starken Biertrinkern festgestellt habe.

Auf zahlreiche andere Formen alkoholischer Nervenerkrankungen [1]) will ich gar nicht näher eingehen, theils weil die ätiologischen Beziehungen überhaupt nicht völlig durchsichtig sind, wie z. B. bei den mit dem Alkoholismus in Beziehung gebrachten Formen der Dementia, der Epilepsie u. a., theils weil es sich dabei in der That um wirklich nur vereinzelt auftretende Erkrankungsformen handelt, wie z. B. die alkoholische hämorrhagische Pachymeningitis, gewisse Formen hämorrhagischer Encephalitis u. a. Ich wende mich vielmehr weiter zur Betrachtung des Einflusses des Alkohols auf die übrigen Körperorgane. Freilich tritt uns hier von vorneherein die theoretische Schwierigkeit entgegen, dass wir oft nicht streng zwischen den wirklich primären Organ-Erkrankungen und den erst secundär in Folge abnorm gewordener Innervationsvorgänge entstandenen Organveränderungen unterscheiden können. Doch mag vom praktisch-ärztlichen Standpunkt aus diese Frage unberücksichtigt bleiben.

Nur flüchtig erwähnen, weil allgemein bekannt, will ich die unzählbaren Fälle acuter und noch weit häufiger chronischer Erkrankung der Pharynx-, Magen- und Darmschleimhaut, welche die Folge einer andauernden unmittelbaren Reizung dieser Theile sind. Alle diese Erkrankungen bieten in wissenschaftlicher Hinsicht wenig Eigenthümliches dar, haben aber eine grosse praktische Bedeutung nicht nur ihrer Häufigkeit wegen, sondern vor allem wegen ihrer Folgen für die Gesammternährung des Körpers. Ich glaube, die meisten Aerzte werden mit mir darin übereinstimmen, dass die einfache echte chronische Gastritis und Enteritis bei Erwachsenen so überwiegend häufig alkoholischen Ursprungs sind, dass alle anderen Ursachen derselben dagegen sehr in den Hintergrund treten.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Kurz erwähnnn, weil erst wenig bekannt, will ich noch die beim Alkoholismus nicht selten auftretenden tonischen, mehr oder weniger schmerzhaften Muskelkrämpfe (in den Unterschenkeln, Arm-, Handmuskeln u. a), welche zuweilen an die Tetanie erinnern. Ich sah sie wiederholt im Vereine mit anderen alkoholischen Erkrankungen, z. B. bei Polyneuritis, chronischer Nephritis und dgl.

15 Abtheilung. Chirurgie.

Sitzung vom 11. September 1893

Prof. v. Heineke (Erlangen): *Ueber die Operation des Mastdarmcarcinoms.*

Heineke hat bei derselben den Standpunkt, welchen er vor einigen Jahren präcisirt hat, gänzlich verlassen, glaubt aber jetzt erheblich bessere Resultate zu haben. Er macht nun immer den Medianschnitt vom Sphincter auf die Mitte des Kreuzbeins in hoher Beckenlage bei stark gebeugtem Bein. Erst wird der Sphincter durchschnitten, dann nach nochmaliger gründlicher Reinigung des Darms der Schnitt weitergeführt und das Steissbein in der Mitte durchgesägt. Nun erfolgt die Abtrennung der Bänder vom Kreuz- und Steissbein und eine schräge Abmeisselung des Kreuzbeins in der Nähe des vierten Loches. Dann wird der Darm dicht oberhalb des Sphincters abgeschnitten, zugebunden und nun in gewöhnlicher Weise bis über die obere Carcinomgrenze abgelöst. Der soweit aus dem After herausgeführte Darm wird nun an dem äusseren Umfange des Afters angeheftet und successive durchschnitten. Den Schluss der Operation bildet die Naht des Sphincters und der Wunde bis zur Mitte des Steissbeines; der obere Theil der Wunde bleibt offen und wird tamponirt. Wichtig ist bei dem neuen Verfahren Heineke's, dass das Rectum nur an der Aussenfläche des Afters fixirt wird, um die sonst so häufigen Knickungen des Darms zu vermeiden. Aus demselben Grunde näht Heineke auch nie das Peritoneum. Weiterhin legt er ein grosses Gewicht auf die Durchschneidung des Sphincters mit Rücksicht auf die ersten Defäcationen.

* * *

Dr. v. Büngner (Marburg): *Castration mit Evulsion des Vas deferens.*

Im Anschluss an einen Fall von Nebenhodentuberkulose, in welchem Büngner nach typischer Castration in kurzer Zeit ein Recidiv an dem anscheinend gesund gewesenen Samenstrag erlebte und bei welchem es nach sorgfältiger Isolirung des Vas deferens gelang, über $^4/_5$ des letzteren durch leichten Zug zu entwickeln und abzutragen, hat Büngner eine grössere Anzahl von Leichenversuchen gemacht, über die Grösse des Vas deferens und die Möglichkeit durch Zug am Hodenende dasselbe auszureissen.

Er fand, dass das Vas deferens beim Neugeborenen etwa 15 *cm* lang ist, im 15. Lebensjahr etwa 25 *cm* und beim Erwachsenen circa 50 *cm*. Es gelang in jedem Lebensalter, wenn das Vas deferens nur genau isolirt war, über $^4/_5$ ohne weiteres zu entfernen.

Büngner hat sodann in 7 Fällen klinisch diese Radicaloperation erprobt und sehr gute Erfahrungen damit gemacht. Ein Fall ging an Erysipel zu Grunde, zwei zeigten eine vorübergehende Besserung und drei sind vollkommen geheilt, ein weiterer nicht wieder controlirt.

* * *

*) Nach dem Bericht der Berliner klinischen Wochenschrift.

Dienstag, 12. September.

Prof. Landerer (Leipzig): *Zur Chirurgie des Magens.*

LANDERER ist in 3 Fällen heftigster Magenbeschwerden und Magenkrämpfe, in welchen weder Tumor noch Ulcus nachzuweisen war, operativ vorgegangen. Die Laparotomie ergab in dem ersten Falle einen 3 *cm* breiten und 8 *cm* langen Netzstrang, der sich vom Magen zum Epigastrium hinzog. Derselbe wurde abgetragen und eine vollkommene Heilung der ganz enormen Beschwerden erzielt. Der zweite Fall förderte eine Verwachsung des Magens mit der Leber zu Tage, deren Beseitigung den gleichen guten Erfolg hatte. In dem dritten Fall handelte es sich um einen eingeklemmten Nabelbruch, welcher ein Stück Magenwand enthielt, das mit der Bruchpforte verwachsen war. Durch Ablösung des Magens wurde auch dieser Kranke von den Magenbeschwerden vollständig befreit.

* * *

Dr. Graser (Erlangen): *Unfall als Ursache von Entzündungen und Gewächsen.*

GRASER glaubt, dass eine Anzahl von Phlegmonen nach Traumen (Quetschung, Schlag) sich entwickeln, ohne dass die geringste Spur einer äusseren Verletzung vorhanden, und weist an einer Anzahl von Fällen die Wichtigkeit dieser Möglichkeit für die Unfallpraxis nach. Er erklärt die Entstehung durch die auch anderweitig anerkannte Annahme, dass zeitweilig Staphylococcen im Körper kreisen und an dem Locus minoris resistentiae eine Ansiedelung finden. Auch für die Tumoren glaubt GRASER die Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Trauma und Geschwulst häufiger annehmen zu dürfen, ohne jedoch für die Aetiologie etwas Neues beibringen zu wollen.

In der Discussion tritt Prof. v. BERGMANN den Ausführungen entgegen, indem er speciell für die Tumoren auf die Thatsache hinweist, dass oft geringfügige Carcinome an dem primären Sitz latent bleiben und colossale Metastasen machen, welche leicht als primäre Tumoren imponiren.

* * *

Dr. Garré (Tübingen): *Ueber Aethernarkosen.*

GARRÉ tritt war für die Aethernarkose ein, die bei richtiger Handhabung viele der ihr zum Vorwurf gemachten Nachtheile nicht entwickle. Nothwendig sei, gegebenen Falls vor sehr grossen Dosen nicht zurückzuschrecken. Die in dem Kinder- und Greisenalter gesehene Contraindication kann GARRÉ nicht anerkennen; die nicht seltene Bronchitis ist die Contraindication, nicht das Alter. Als Maske empfiehlt sich am meisten die JUILLARD'sche; Untersuchungen der Maskenluft ergaben einen Sauerstoffgehalt von 17% gegenüber 22 der freien Luft.

* * *

Dr. L. Rehn (Frankfurt a. M.): *Ueber Morbus Basedowii.*

REHN's Erfahrungen über den Morbus Basedowii reichen bis ins Jahr 1883 zurück, wo er bereits auf den Zusammenhang des charakteristischen Krankheitsbildes mit der Schilddrüsse hinwies, im Anschluss an einen Fall, in welchem nach Exstirpation einer Kropfcyste durch zurückgelassene Kapselreste ein analoges Krankheitsbild auftrat, das nach Entfernung der Kapselreste verschwand und von REHN als Vergiftung durch Schilddrüsenrückstand aufgefast wurde. Die Arbeiten KOCH's über die Kachexia strumipriva brachten dann die weitere Lehre, dass die Schilddrüse nicht total entfernt werden darf.

REHN verweist sodann auf die noch weniger beobachteten Fälle von beginnendem Morbus Basedowii. Hier stehen meist im Vordergrund die Herzpalpitationen, die dann in dauernde Beschleunigung übergehen. Wie schon erwähnt, fasst REHN die Erkrankung auf als eine krankhafte Function der Schilddrüse, die als Giftwirkung sich äussert, je nach der Intensität der Intoxication von der leichten bis zur schwersten Form des Morbus Basedowii. Als Behandlung empfiehlt sich die chirurgische, nur darf man nicht hoffen, dass mit der operativen Entfernung die Heilung erfolgt ist, diese vollzieht sich nur in sehr langsamer Weise. Die Operation ist ungefährlich, kann aber enorm gefährlich werden.

KRÖNLEIN hat 7 schwere Fälle von Morbus Basedowii operirt und alle geheilt, JUL WOLFF 6 Fälle halbseitig exstirpirt, 4 davon bedeutend gebessert SCHMIDT (Polzin) tritt für die elektrolytische Behandlung ein.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Dermatologische Studien. Der ganzen Reihe 17. Heft.

Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebra'scher) Basis.

Von **Dr. S. Jessner.**

Verlag von Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1893.

Seit dem Umschwung, den die Dermatopathologie im Zusammenhang mit den allgemeinen Fortschritten der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften im Laufe der letzten Decennien erfahren hat, machte sich zu wiederholten Malen das Bedürfniss geltend, von dem alten Systeme HEBRA's, das den Ergebnissen der physiologischen und ätiologischen Forschung kaum mehr Rechnung tragen konnte, abzugehen und nach neuen Grundlagen zu suchen, welche eine richtigere Gruppirung der einzelnen Krankheitstypen ermöglichen sollte.

So entstand das originelle, von tiefem geistvollen Denken zeigende System AUSPITZ (1881), in welchem der Versuch, die Hautkrankheiten auf neuropathologischer Basis einzutheilen, zum erstenmale in weiterem Maasse zum Ausdruck gelangt, dem es aber besonders an einer Einheitlichkeit der Grundidee, einem Gesichtspunkte mangelt, nach welchem die Hauptklassen des Systems aufgestellt wären; so hat SCHWIMMER von der neuropathischen Natur der Hautaffectionen ausgehend, sein einseitig-ätiologisches System aufgestellt, ohne sich jedoch ganz auf dieser Basis halten zu können. da doch die Dermatonosen nur zum geringen Theil zu Nervenstörungen in ätiologische Abhängigkeit gebracht werden können. An diese Eintheilungen schlossen sich die Entwürfe Hans HEBRA's, HILLAIRET's, BERLIOZ', das dem anatomischen von WILSON nachgebildete System von HYDE und in allerjüngster Zeit die semiotisch-nosologische gekünstelte Eintheilung TOMMASOLI's an, die vielfach an die primitiven Systeme PLENK's und WILLAN's erinnert.

Alle diese Systeme, mögen ihnen noch so geistvolle Auffassungen zu Grunde liegen und mögen sie mit noch so grosser Sorgfalt und Gründlichkeit construirt sein, sie erwiesen sich stets überreich an Mängeln und konnten nie den Anforderungen der Wissenschaft und Praxis genügen, kaum bekannt geworden, geriethen sie bald wieder in Vergessenheit, während das viel getadelte durch die Wissenschaftlichkeit seiner Basis und Natürlichkeit seines Aufbaues gleich ausgezeichnete pathologisch-anatomische System HEBRA's, sich andauernd einer allgemeinen Werthschätzung erfreut und heute noch von den meisten Bearbeitern der Hautaffectionen theils ganz, theils mit unwesentlichen Modificationen verwendet wird.

Auf diesem von HEBRA gelegten Fundamente versucht es Verfasser eine neue Systemisirung der Hautkrankheiten zu entwerfen, die sich gleich andern ähnlichen Versuchen wohl als eine in manchen Trakten gelungene Restaurirung des alten Gebäudes präsentirt, keinesfalls aber auf den Werth eines den heutigen Anforderungen vollgenügenden Neubaues Anspruch erheben kann.

Die zwölf Gruppen des HEBRA'schen Systems finden sich in dieser Aufstellung in sechs Hauptklassen vereinigt, die ein gemeinsames pathologisch-anatomisches Band umschlingt. (I. Functionelle Anomalien, II. Anomalien der Blutvertheilung, III. Entzündliche Processe der Haut, IV. Hypertrophiae, V. Neubildungen, VI. Regressive Ernährungsstörungen), während in den Unterabtheilungen die Affectionen bald nach nosologischem (I und II) bald nach rein anatomischem (III und IV) bald nach pathologisch-anatomischem Principe rubricirt erscheinen.

Die Ausschaltung der rein vasomotorischen Erytheme, sowie der Urticaria und Purpuraformen aus der Gruppe der Entzündungen und die Einreihung derselben in die Klasse der Anomalien der Blutvertheilung kann als eine recht zweckmässige bezeichnet werden,

ebensowenig lässt sich gegen die Rubricirung des Prurigo unter diese Hauptklasse, bei der noch wenig präcisirten Pathologie desselben, ein berechtigter Einwand erheben, dagegen ist die Eintheilung der umfassenden Klasse der Entzündungen nach anatomischem Gesichtspunkte als durchaus unnatürlich zu betrachten, indem die anatomischen Gebilde der Haut in der Wirklichkeit kaum je so abgesondert erkrankt befunden werden. Die Ausserachtlassung einer jeden ätiologischen Rücksicht hat es ausserdem zur Folge gehabt, dass die Dermatomykosen und Scabies in der Klasse der Entzündungen — neben Lichen ruber! stehen, während die anderen Zoonosen in diesem Systeme überhaupt kein Unterkommen finden konnten. *N.*

Die Lidrandentzündung und ihre Folgekrankheiten.

Von **Dr. V. Fukala** in Pilsen.

Verlag von M. Breitenstein Leipzig und Wien. 1893.

Verfasser kommt nach eingehenden klinischen Studien zu dem Resultate, dass in vielen Fällen von schwerer scrophulöser Augenentzündung, insbesondere bei geschwürigen Erkrankungen der Hornhaut eine Blepharitis als ursächliches Moment anzusehen sei, namentlich aber solche Fälle von Lidrandentzündung, welche als Blepharitis ulcerosa bekannt, mit der Bildung kleiner, unendlich schwer zu heilender Geschwürchen am Lidrande einhergehen.

Von diesem Grundsatze ausgehend, hat Verfasser in zahlreichen hartnäckigen Fällen von scrophulöser Augenentzündung, oder bei solchen Patienten, welche in Folge von Hornhautgeschwüren nahe daran waren, zu erblinden, den äusseren geschwürigen Lidrand nach FLARER's Methode abgetragen. In allen Fällen ist Heilung des Cornealgeschwüres eingetreten, während früher trotz sorgfältigster localer und allgemeiner Behandlung die Krankheit des Lidrandes sowohl als die der Hornhaut unaufhaltsame Fortschritte gemacht hatte. Auch der kosmetische Effect war kein übler, in vielen Fällen sogar ein äusserst günstiger.

Dem überaus interessanten Schriftchen, welches auch eine originelle Darstellung der Scrophulose und deren Beziehungen zu den Erkrankungen des Auges enthält, ist ein kurzer Aufsatz über die operative Behandlung des Ektropium post Blepharitidem — im wesentlichen eine Modification des SNELLEN'schen Verfahrens — beigegeben. *A. P.*

Klinische Terminologie.

Von weil. **Dr. Otto Roth.**

Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Ed. Bezold (Arthur Georgi). Leipzig 1893.

Dieses nützliche Buch, welches eine Zusammenstellung der zur Zeit in der klinischen Medicin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung enthält, wird seit der 2. Auflage von Dr. H. GESSLER und seit der 3. Auflage von Dr. H. GESSLER und Dr. R. STIEGLITZ herausgegeben.

Ueber das Buch selbst, das längst seine Existenz-Berechtigung, ja Nothwendigkeit erwiesen, ist nichts Neues zu sagen. Erwähnt soll aber werden, dass der Titel «Klinische Terminologie» nicht dem ganzen Inhalt des Werkes gerecht wird, in welchem auch Ausdrücke der theoretischen Fächer in ihrer Bedeutung und Ableitung erläutert werden. Dadurch gewinnt das treffliche Buch, das sich auch in schöner Ausstattung präsentirt, an Werth; und es soll auf's Wärmste empfohlen werden. *F.*

Zeitungsschau.

Aus der dritten medicin. Klinik und Universitätspoliklinik in Berlin.

Prof. H. Senator: Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis.

(Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 39, 1893.)

Im Gegensatz zu den secundären Muskelaffectionen, die bei verschiedenen Infectionskrankheiten (wie z. B. Abdominaltyphus) meist symptomlos verlaufen, zeigen die primären Erkrankungen der Muskulatur durch ihnen eigenthümliche Erscheinungen wohlcharakterisirte Krankheitsbilder. Es sind dies seltene Erkrankungen, deren Erkennung, wenn man von der Trichinose als der erstbekannten idiopathischen Muskelerkrankung absieht, der neuesten Zeit angehört. (E. WAGNER, LÖWENFELD, UNVERRICHT.)

Verfasser beschreibt im Folgenden zwei derartige Fälle in ausführlicher Weise und knüpft daran Bemerkungen über die noch ziemlich dunkle Aetiologie dieser interessanten Erkrankung.

Fall I. Patient 50 Jahre alt, Bäckermeister, bis zum Jahre 1885 gesund gewesen. Damals wurde Diabetis mit 2—3% Zuckergehalt constatirt, der durch wiederholte Karlsbader Curen wesentlich gebessert wurde. Anfangs Jänner 1891 Schmerzen im rechten, dann linken Unterschenkel, erschwertes Gehen. Ungemein starke Schmerzhaftigkeit auf Druck der gesammten Muskulatur beider Unterschenkel, später auch der Oberschenkel. Fieberhaftigkeit. Die Schmerzhaftigkeit breitete sich auf die Oberarme, den Thorax, die Unterarme aus. Ueber den ergriffenen Muskeln stellten sich an verschiedenen Stellen der Haut blaurothe, theils mehr diffuse, theils kartenartig umschriebene Flecke ein. Die Athmung wurde infolge der Schmerzen äusserst mühsam, das Fieber nahm typhösen Charakter an.

14. Jänner linksseitige Unterlappen-Pneumonie. Urin reichlich, 4—5 Liter täglich mit 5.8% Zucker. Die Muskeln der Oberschenkel und Oberarme geschwollen und hart. 15. Jänner Exit. let. Section nicht gestattet. Aus dem rechten Biceps Brachii wurde ein Muskelstück zur mikroskopischen Untersuchung entnommen.

Dieses zeigte makroskopisch Anichts uffallendes. Die mikroskopische Untersuchung verschiedentlich gefärbter Präparate ergab eine ungemein starke interstitielle Myositis, characterisirt durch zahlreiche Rundzellen zwischen den Primitivfasern und in dem Bindegewebe zwischen den Muskelbündeln und in der Umgebung der Gefässe. An den Muskelfasern die Querstreifung deutlich, keine Degeneration, aber auffallend viel Kerne. Keine Mikroorganismen, keine Gregarinen (die bei Polymyositis sich bei Schweinen und anderen Thieren vorfanden).

Die Diagnose der primären acuten Polymyositis war in dem beschriebenen Falle unzweifelhaft. Der Diabetes kommt ätiologisch nicht in Betracht, da er durch 6 Jahre ohne besondere Beschwerden bestanden, während die Polymyositis mit acutestem Verlaufe in 14 Tagen zum Tode geführt hatte.

Fall II. Patient 40 Jahre alt, Restaurateur, kräftig, gesund. Jänner 1893 traten nach dem Genusse verdorbener Krebse Mattigkeit, Apetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, ziehende Schmerzen im Rücken und in den Gliedern ein. Zugleich wurde das Gehen und jede Muskelanstrengung beschwerlich. Im Verlaufe der etwa 10 Wochen dauernden Krankheit wurde unter mässigen Fieberbewegungen beobachtet: Schmerzen im rechten Bein, dann im rechten Vorderarm, welche beide geschwollen und unförmlich erschienen, starke Schweisssecretion, später an den geschwollenen Extremitäten erysipelatöse Röthung der Haut, Schmerzhaftigkeit des Rumpfes und des Zwerchfelles und als Folge davon erschwerte Athmung und Meteorismus. Weiterhin Schmerzen beim Schlucken und in den Kiefern. Der Urin eiweiss- und bluthältig, daneben mikroskopisch Cylinder, Nierenepithelien. Später schwollen auch die linken Extremitäten an. Nach und nach verlor sich die Schmerzhaftigkeit der ergriffenen Theile, schwanden Blut und Eiweiss aus dem Urin, so dass Patient Mitte August geheilt erschien. Die anatomische Untersuchung der Muskeln konnte nicht ausgeführt werden. Die Diagnose acute Polymyositis ergab sich aus dem äusseren Befund an der Muskulatur und aus dem Krankheitsverlauf. Die acute Nephritis ist als Complication zu betrachten, die wahrscheinlich durch dieselbe Ursache bedingt war, wie die Erkrankung der Muskulatur. Die Anfangs

vorhandenen gastrischen Erscheinungen liessen an Trichinose denken, doch ergaben sich hiefür keine Anhaltspunkte. Bezüglich der Aetiologie der acuten Polymyositis lässt sich die Entstehung durch Mikroorganismen wahrscheinlich ausschliessen, da solche niemals gefunden wurden, dagegen spricht die Vermuthung für eine vom Verdauungsapparate ausgehende Intoxication. «Ob das Gift, das wohl unzweifelhaft organischer Natur ist, fertig und wirksam von aussen eingeführt oder erst in den Verdauungsorganen selbst infolge abnormer Vorgänge (als Toxin) gebildet wird, muss vorläufig dahin gestellt bleiben.»

Neben der primären acuten Polymyositis unterscheidet Verfasser noch eine acute multiple Neuromyositis, welche dieselbe Erkrankung der Muskeln aufweist. Bei den typischen Fällen von Polymyositis fehlen aber die Lähmungen im eigentlichen Sinne (die Bewegungsunfähigkeit ist Folge der Schmerzen und Schwellungen), es fehlt die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme und die Anäthesien (welche bei der Neuromyositis sehr bald auftreten), es fehlt weiter die frühzeitige, schnell fortschreitende Muskelatrophie. Umgekehrt fehlt bei der Neuromyositis die Schwellung und das entzündliche Oedem der Muskeln und der Haut, welche der Polymyositis eigenthümlich sind. Doch sind Uebergangs- oder Mischformen nicht ausgeschlossen. *B. S.*

Orville Horwitz: Zwei Fälle von Sterilität und Impotenz nach Seitensteinschnitt. (Journ. of the amer. med. assoc. 1893. April 8. — Centralbl. f. Chirurgie. Nr. 37. 1893.)

2 Fälle von Impotenz und Sterilität in Folge linksseitigen lateralen Steinschnittes kamen HORWITZ zur Beobachtung.

1. 29jähriger verheiratheter Mann mit vollkommen normalen Sexualfunktionen unterzog sich zur Entfernung eines Blasensteins einer Operation. Es wurde von einem Chirurgen der laterale linksseitige Steinschnitt gemacht, und der sehr grosse Stein mit grosser Mühe entfernt. Nach der Operation blieb 3 Monate am Schnitt eine Harnfistel bestehen, die sich endlich spontan schloss. Als der Patient geheilt war, fand er, dass seine sexuelle Potenz erheblich gelitten hatte. Erektionen waren meistens nur schwach, und wenn sie so genügend auftraten, dass sie hätten den Coitus gestatten können, so fehlte jede Samenejakulation. Sein Verlangen nach Kohabitation war unvermindert. Nach und nach wurden die Erektionen schwächer und schwächer, bis er zur Zeit, als er nach $1^1/_2$ Jahren HORWITZ aufsuchte, gänzlich die sexuelle Potenz verloren hatte. Penis und Testikel waren normal, die Wunde am Damm war vernarbt, die Narbe absolut unempfindlich. Bei der endoskopischen Untersuchung der Harnröhre zeigte sich das von der Operationswunde herrührende Narbengewebe in einer Ausdehnung von der Pars membranacea bis zur Hälfte der Länge des prostatischen Theils stark kongestionirt und hyperästhetisch. Aus der Prostata kam eine geringe Menge Schleim. Der Urin enthielt einige Schleimabgüsse der Prostatasinus. Das normale Kaliber der Urethra war 13, des Meatus 10 englischer Massstab. Die Behandlung bestand in gradueller Erweiterung des Meatus bis zur Weite der Harnröhre, in warmen Sitzbädern und abendlichen Dosen von Kal. bromat. Nach 4 Monaten war die Kongestion und Hyperästhesie der Urethra geschwunden, und Morgens hatte der Patient kräftige Erektionen. Unter dem Gebrauch von Auro-natrium chloratum und Strychnin, kalten Sitzbädern, dem konstanten Strom und körperlichen Uebungen wich nach 6 Monaten die Impotenz, aber ein gewisser Aspermatismus blieb. Bei geschlechtlicher Erregung kam es nur zur Aussonderung einer geringen Menge schleimigen Prostatasekretes, nicht aber von Samen. Der Patient blieb steril.

2. 26 Jahre alter Mann, unverheirathet, hatte ein Jahr vorher, ehe er zu HORWITZ in die Behandlung kam, eine Steinoperation durchgemacht. Auch hier war der Stein durch den linken Seitenschnitt entfernt worden. Bald nach der Heilung — in 4 Wochen — merkte Patient, dass seine sexuelle Potenz, die vor der Operation normal gewesen war, sich nur sehr schwach zeigte, und nach einem Jahre war nicht nur die sexuelle Potenz vollkommen geschwunden, sondern auch das sexuelle Verlangen hatte völlig aufgehört. Der bleiche und hagere Patient befand sich darüber in trüber hypochondrischer Stimmung, bot das Bild hochgradigster Neurasthenie. Seine Haut war kalt, mit klebrigem Schweiss bedeckt. Der Gesichtsausdruck sorgenvoll, ängstlich, tiefsinnig. Er war etwas benommen, konnte seinen Sinn nicht auf einen ernsten Gedanken koncentriren und dachte nur an seinen kläglichen Zustand. Die locale Untersuchung der Harnröhre zeigte dieselben Verhältnisse wie im ersten Fall. Auch die Behandlung war dieselbe, aber ganz erfolglos. In beiden Fällen waren somit die Patienten, vor der Operation des lateralen Steinschnittes im Vollbesitz ihrer männlichen Potenz gewesen und wurden dann durch das Messer des Chirurgen steril und impotent.

Dr. Jessner, Specialarzt (Königsberg in Pr.): **Die Principien der Syphilistherapie.** (Separatabdruck aus der St. Petersburger Medic. Wochenschr. Nr. 33, 1893).

In der Frage der Behandlung der Syphilis stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Die eine (in Frankreich hauptsächlich durch FOURNIER, in Deutschland durch NEISSER vertreten) fordert die Dauerbehandlung, oder genauer ausgedrückt, die chronisch intermittirende Behandlung (Méthode des traitement successifs), die andere (KAPOSI, CASPARI u. A.) erklärt sich für die symptomatisch durch deutliche Manifestationen der Syphilis begründete Anwendung des Quecksilbers oder Jods.

Verfasser bespricht das Für und Wider beider Anschauungen und sucht schliesslich zwischen ihnen zu vermitteln. Die chronisch intermittirende Behandlung ist nach seiner Ansicht nützlich und bei rationeller Anwendung gefahrlos. Dringend indicirt ist sie erstens bei leichtsinnigen Syphilitikern, um sie an die Chronicität ihres Leidens zu mahnen, da solche Patienten leicht an ihre Krankheit vergessen und dadurch ihre Umgebung gefährden, zweitens bei Verheirateten und Heiratskandidaten, wo die Gefahr der Vererbung droht.

Contraindication ist nicht die sogenannte leichte Syphilis, weil wir nicht in der Lage sind, über den Grad der Syphilis zu urtheilen, weil nach leichten Secundärerscheinungen und Jahre langen Pausen oft schwere Tertiärerscheinungen zu Tage treten, oder die Syphilis durch die Vererbung sich als ernstes wenn auch schlummerndes Leiden dokumentirt, sondern physisch: schwere Leiden einzelner Organe oder der Constitution, wo der lange Fortgebrauch des Quecksibers nachtheilig werden könnte und psychisch: ein ängstlicher zur Syphilophobie neigender, neurasthenischer Charakter des Patienten. Berücksichtigt man diese beiden Factoren, dann wird man mit der chronisch-intermittirenden Behandlung Gutes leisten. «Man wird sie recht oft einleiten, aber auch zuweilen ausschliessen, denn zuerst kommt der Mensch und dann seine Syphilis.» *B. S.*

Dr. Kolisch: Zur Lehre von den posthemiplectischen Bewegungserscheinungen. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. IV. 14)

Spontan auftretende, auf eine Körperseite beschränkte, meis choleraähnliche, mitunter athetotische oder Zitterkrämpfe, für deren Zustandekommen eine Reihe von Erklärungsversuchen gemacht wurden. Die bekanntesten sind die Theorie von CHARCOT, der ein choreigenes Bündel supponirt, von GALVAGNI und STEPHAN, die Läsion des Thalamus und die von KAHLER und PICK, die eine Reizung der Pyramidenbahn in ihrem Verlaufe als compactes Bündel annehmen. An der Hand von anatomisch genau untersuchten Fällen und mit Benützung der Literatur weist Verfasser die Richtigkeit der KAHLER-PICK'schen Theorie nach und erweitert dieselbe dahin, dass nicht nur Herderkrankungen, welche die Pyramidenbahn im Bereiche der inneren Capsel betheiligen oder treffen post- oder prohemiplectische Bewegungserscheinungen hervorrufen, sondern auch Herderkrankungen, welche das Pyramidenbündel in seinem Verlaufe im Grosshirnschenkelfusse betreffen. *R. K.*

Michele und Radice: Ueber das Vorkommen des Lustgarten-schen Bacillus in syphilitischen Geweben. (Monatshefte für Praktische Dermatologie Band XVII., Nr. 4.)

Von den 64 zur Untersuchung gelangten Präparaten (Periostitis gummosa radii, Gumma hepatis, Darmsyphilis, Gumma des

Myocards, Arteriosclerosis specifica etc.) ergaben 45 ein positives Resultat. Die Lokalisation des Bacillus in diesen inneren Organen lässt nicht wohl einen Zweifel aufkommen bezüglich Verwechslung mit dem Smegmabacillus. Der Bacillus lag gruppenweise angeordnet in Lymphspalten und -Gefässen, sozusagen nie aber in den Geweben zerstreut, innerhalb oder ausserhalb von Zellen. In Geweben aus früheren Stadien der Affektion waren die Bacillen viel zahlreichlicher vorhanden, als z. B. in Gummaten, wo sie nur an der Grenze von Kranken und Gesunden, nie aber im Centrum zu finden waren. In dieser Lokalisation des Pilzes finden Verfasser eine Erklärung für den Mechanismus der Quecksilberwirkung auf die Syphilis, indem dieser Körper auf dem Lymphwege resorbirt werde.

Oppenheim: Ueber atypische Formen der Gliosis spinalis. (Archiv f. Psych. XXV. 2.)

Während sich die typischen Fälle durch die Symptomentrias 1) Muskelatrophie, 2) partielle Empfindungslähmung, 3) vasomotorisch-trophische Störungen auszeichnen, gibt die verschiedenartige Localisation des Processes innerhalb des Rückenmarkes eine Reihe von Abweichungen vom typischen Krankheitsbilde.

Am wenigsten modificirt ist die Symptomatologie bei der Gliosis unilateralis. (Ergriffensein der grauen Substanz einer Seite.)

Häufiger ist doppelseitige Ausbreitung im Halsmark und Fortsetzung auf einer Seite im Dorsaltheil. Schwierig wird die Diagnose bei diffuser Ausbreitung des Processes im unteren Dorsalmark und Fortsetzung nach oben in einem Hinterhorn. Man hat das Bild einer transversalen Myelitis, während man die Sensibilitätsstörungen in der einen oberen Körperhälfte leicht übersehen kann. Bei Localisation in einer Hälfte des Lendenmarkes kommt es zur Atrophie eines Beines, die progressiv ist (dadurch von der Poliomyelitis zu unterscheiden), während die Verbreitung der Lähmung und die partielle Empfindungslähmung gegen Neuritis spricht.

Bei ungewöhnlich strangförmiger Verbreitung des Processes können der Tabes analoge Bilder entstehen. OPPENHEIM spricht von gliomatoser Pseudotabes, und theilt einen Fall mit, in welchem das typische Bild einer Tabes vorlag, die Section aber eine Gliosis nachwies, die mit Degeneration der Hinterstränge combinirt war. OPPENHEIM ist der Ansicht, dass diese Degeneration nicht eine zufällige Combination ist. Die Diagnose wird klarer, wenn der gliomatose Process auf das Halsmark (bes. dessen vordere Parthien) übergreift.

Zu den atypischen Formen zählt OPPENHEIM endlich auch die in der medulla oblongata localisirten, und zwar diejenigen, deren erste Symptome bulbäre sind. *R K*

Pontoppidan: Die Controle bei der Prostitution und die Ausbreitung der venerischen Krankheiten. (Hospitals-Tidende X 20. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 81, 1893.)

Verfasser stellt sich bei seinen Untersuchungen auf einen objectiven, practisch-medizinischen Standpunkt; er weist mit Zahlen nach, dass sich in Kopenhagen seit der strengeren Durchführung der Controle im Jahre 1886 die venerischen Krankheiten bedeutend vermindert haben, besonders die Syphilis und hauptsächlich ihr Vorkommen bei den Frauenzimmern. Als Material benutzte Verfasser die vom Stadtarzt veröffentlichten jährlichen Statistiken sowie die jährlichen Zahlen von 2 grossen Hospitälern. Daraus resultirt weiter eine bedeutende Abnahme der Erkrankungen beim Militär: von der ganzen Kopenhagener Garnison waren dienstuntauglich wegen Syphilis im Jahre 1885: 64 Mann, dagegen nur 22 im Jahre 1889.

Verfasser vergleicht diese Verhältnisse mit solchen in Staaten, wo die Controle bei der Prostitution aufgehoben wurde, das geschah in Italien vor 4 Jahren durch das CRISPI'sche Gesetz. Nach den Mittheilungen italienischer Aerzte und TARNOWSKY's haben die venerischen Krankheiten und besonders die Syphilis bei den Männern an Ausbreitung bedeutend seitdem zugenommen, was sich besonders beim Militär documentirt hat: die Anzahl der venerisch-kranken Soldaten, die ein Jahr vor Erlass des genannten Gesetzes 4·25% der Stärke des Heeres entsprochen hatte, stieg im folgenden Jahre auf 10·23%. Es wurde deshalb im Jahre 1891 das CRISPI'sche Gesetz aufgehoben und eine richtige, nicht ganze rigoröse Controle wieder eingeführt. Aehnliche traurige Erfahrungen hat man auch in Norwegen nach Aufhebung der Controle im Jahre 1888 gemacht; hier sprechen die Zahlen besonders für Syphilis eine deutliche Sprache: die primären Erkrankungen an Syphilis betrugen für die Stadt Christiania für das Jahr 1888 annähernd 182; 1889 — 1 Jahr nachdem die Controle aufgehoben war — 274 und im Jahre 1890 gar 473. Aus den Krankenhäusern von Christiania wurden in demselben Zeitraum als frische Syphilisfälle gemeldet: 1888 die Zahl 100, 1889 schon 140 und im Jahre 1890 gar 243. In Norwegen haben also ebenso wie in Italien die venerischen Krankheiten und besonders die frischen Fälle von Syphilis nach Aufhebung der Controle eine ungeheure Zunahme erfahren und es ist nach Verfasser's Ansicht nur eine Frage der Zeit, wann auch für dieses Land die Controle wird eingeführt werden müssen.

Dr. Brower: Die Behandlung Geisteskranker im Anfangsstadium. (Medical standard, Chicago).

Die mannigfaltigsten Umstände verhindern es oft, dass Geistesgestörte gleich bei Ausbruch ihrer Krankheit einem Irrenhause übergeben werden, und so vergeht nicht selten geraume Zeit, bis es möglich ist, die Kranken einer regelrechten Anstaltsbehandlung zuzuführen. Pflicht des praktischen Arztes ist es daher, gleich im Beginne einer solchen Krankheit energisch einzugreifen, was in vielen Fällen mit gutem Erfolge geschehen kann.

Psychosen verdanken oft genug ihre Entstehung einer «Auto-Infection» von seiten des Verdauungstractes, die Heftigkeit der Erscheinungen kann gemildert, und die Dauer der Krankheit abgekürzt werden durch sorgfältige Rücksichtnahme auf die etwa vorhandenen Störungen der Verdauung. Manchmal empfielt sich in solchen Fällen die innerliche Darreichung von Mitteln, welche den Darm desinficiren, als Salol, Salophen oder Bismutsalicylic.

Manchmal entstehen Geistesstörungen zweifellos aus träger Thätigkeit der Nieren und der Schweissdrüsen, oder sie werden wenigstens durch diese Umstände gefördert. Da muss dann die Function der Nieren sorgfältig überwacht, und eventuell die Secretion der Haut durch warme Bäder, nasse Einpackungen und geeignete Massage geregelt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit des Arztes erfordert schon von Anbeginn die Ernährung des Kranken. Sowohl bei Depressions- als bei Erregungszuständen, namentlich aber bei den ersteren, nimmt der Kranke zumeist so wenig Nahrung zu sich, dass schon unter normalen Verhältnissen der Stoffwechsel leiden müsste, umsomehr bei Zuständen, welche, wie die eben erwähnten als Folge mangelhafter Ernährung des Gehirn's aufzufassen sind. Man muss den Kranken anfangs auf dem Wege der Ueberredung veranlassen, dass er möglichst viel und Nahrhaftes zu sich nehme, im Weigerungsfalle ist jedoch sofort zur künstlichen Ernährung (durch die Nase) überzugehen.

Der nächste wichtige Umstand ist ausgiebiger Schlaf, wobei man sich aber wohl hüten muss, die Kranken in einen permanent narcotischen Zustand zu versetzen, oder durch die dargereichten Mittel ihren Magen zu verderben. Man muss da wohl zweierlei Typen unterscheiden, den deprisiven und den durch manische Stimmung charakterisirten. Bei Fällen der ersteren Art sind gewisse Schlafmittel, wie Brompräparate und Chloralhydrate nicht angezeigt, wogegen sich Hyoscin, welches sich schon durch Geschmacklosigkeit empfiehlt, ausgezeichnete Dienste leistet.

Opium, besonders wenn es seines eigenthümlichen Geruches, der vielen Kranken zuwider ist, beraubt wird, ebenso wie grosse Codeindosen, erzeugen meist bei Melancholischen guten Schlaf. Bei den manischen Formen wieder gibt eine Mischung von Brompräparaten mit Chloralhydrat zu gleichen Theilen gute Erfolge.

Besondere Aufmerksamkeit ist stets den Verhältnissen der Menstruation zu widmen; bei Geistesstörungen im Anschlusse an das Puerperium ist der Zustand des Uterus sorgfältigst zu überwachen. *A. P.*

Albert Carrier (Detroit): **Die Behandlung des Ekzems bei Knaben.** (Medical record. 16. Sept. 1893.)

Der Verfasser stellt die Behauptung auf, dass viele der kindlichen Ekzeme, die Arzt und Umgebung durch ihre lange Dauer quälen, bei sorgfältiger Behandlung und Pflege in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen seien.

Dass sie überhaupt so oft vorkommen, daran sei die ungeeignete wenig zarte Fürsorge schuld, die bei Neugeborenen geübt wird. Er legt grosses Gewicht auf geeignete Diät und will häufig günstigen Einfluss auf das Ekzem von leichten Diureticis und salinischen Abführmitteln gesehen haben; indessen bleiben viele Ekzeme, auch wenn die «diätetische Ursache» (?) beseitigt ist, bestehen, weil die Haut «daran gewöhnt» ist, und da muss denn doch die locale Application von Arzneimitteln vorgenommen werden.

Das diesbezüglich vom Verfasser Empfohlene enthält zum grossen Theil allgemein Bekanntes.

Hervorgehoben sei die Empfehlung von Antisepticis bei jedem pustulösen, von mercuriellen Mitteln bei jedem mit Infiltration einhergehenden, von «liquor carbonis detergens» bei von Pruritis begleitetem Ekzem. *O. R.*

Collius: Ueber paraesthetische Neurosen. (Medic. Standard, Chicago, 1893, Nr. 3.)

COLLIUS beschreibt Paraesthesien der oberen Extremitäten in paroxysmatischen Unfällen bei sonst gesunden Personen, welche die Hände viel mit Wasser in Berührung bringen, insbesondere bei Wäscherinnen, Dienstmädchen. Aehnliche Anfälle finden sich bei Näherinnen. Sie bestehen in leicht nagenden oder bohrenden Sensationen der Vorderarme und Hände, auch in feinen Nadelstichen und treten besonders Nachts oder vielmehr in den ersten Morgenstunden auf, wo sie die von dem Uebel Befallenen aus dem Schlafe wecken, seltener am Nachmittage. Sie erstrecken sich nicht auf ein isolirtes Nervengebiet, sondern auf die ganze Extremität. Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen fehlen. Desgleichen eigentliche Schmerzen. Schlechte Ernährung und sonstige ungünstige Lebensbedingungen scheinen zu dem Uebel zu prädisponiren. Bei Veränderung der Lebensweise, insbesondere Fernhalten von den ursächlichen Schädlichkeiten, wie Waschen oder Nähen, schwinden die Anfälle bald. Auch von der Anwendung des faradischen Stromes sah COLLIUS gute Erfolge. *W. Sch.*

Huchard: Ueber nervöse Asystolie (Revue Générale de clinique et de thérapeutique Nr. 39, 1893.)

Unter Asystolie versteht HUCHARD nicht das Symptom des Fehlens des ersten Herztones, sondern ganz allgemeine Zustände höchster Verwirrung in der Regulirung der Herzthätigkeit. Er trennt scharf eine «Asystolie cardio-vasculaire» von einer «Asystolie nerveuse».

Erstere entspricht dem Stadium vollständiger Incompensation eines organischen Herzfehlers mit Oedemen, Ascites, Cyanose, quälender Athemnoth, unfühlbaren Puls.

Unter langsamer Steigerung dieser Erscheinungen erfolgt der Tod meist langsam durch chronische Kohlensäureintoxication des Organismus.

Als Typus der nervösen Asystolie können die schweren Fälle von essentieller Tachycardie gelten. Im Vordergrunde steht die Pulsbeschleunigung, Präcordialschmerz, Beklemmung bei Fehlen von Oedemen. Der Tod kann blitzartig durch Syncope erfolgen.

Der Puls ist unfühlbar oder unregelmässisg arythmisch bei der cardio-vasculären Asystolie, bei der nervösen Asystolie ist blos die Pulsfrequenz vermehrt, Unregelmässigkeiten des Pulses zeigen dagegen bestimmten Typus, als Pulsus bigeminus, trigeminus.

Dort handelt es sich um mechanische Kreislaufstörungen, verminderten Arteriendruck, erhöhte venöse Spannung, hier um eine schwere Verwirrung in der nervösen Steuerung der Herzbewegungen.

Aus der unvollständigen Entleerung des Herzens bei allen häufigen Contractionen erklärt sich das acute Auftreten von Herzerweiterung bei Basedow, insbesondere des rechten Herzens mit seinen schwächeren Wandungen; in extremen Fällen resultirt daraus eine relative Insufficienz der Tricuspidalklappen — wofür einige Fälle von FRIEDREICH angeführt werden — mit consecutiven Incompensationserscheinungen im grossen Kreislaufe. Hier geht die Asystole nerveuse direct in die Asystolie cardio-vasculaire mit ihren Symptomen über.

Aber auch bei geringeren Graden der Ueberfüllung des rechten Herzens ergibt sich Stauung im Lungenkreislaufe. Dies erklärt das häufige und frühzeitige Auftreten von acutem Lungenödem bei den nervösen Fällen.

Als Aetiologie kommt der BASEDOW'sche Symptomencomplex in Betracht. Andererseits Fälle von Vagusneuritis und von Vaguscompression, endlich Läsionen des Vaguskernes im verlängerten Mark.

Insbesondere weist HUCHARD auf die Verkäsung der Tracheobronchialen Lymphdrüsen hin, welche neben Mediastinaltumoren und Aneurysmen, durch Uebergreifen auf den Vagusstamm die häufige Ursache von Neuritis des Vagus mit nachfolgender Tachycardie bilden.

In therapeutischer Beziehung versagt das Digitalis, weil es hauptsächlich auf den Herzmuskel und auf die nervösen Apparate im Herzen selbst wirken soll. (?) Wirksam sind dagegen alle Mittel, welche auch auf die centralen Nervenorgane wirken, als Coffëin, Ergotin, Strychnin. Auch von der Anwendung mässig starker faradischer Ströme — eine Elektrode am Sternum, die andere am Halse in der Nähe des Vagusstammes — sah HUCHARD günstige Beeinflussung der nervösen Tachycardie. *W. Sch.*

Brigidi: Das Epithelioma cysticum und einige Bemerkungen über die Pathogenese des Carcinoms. (Gazzetta d. Ospitali. 1893. Nr. 104.)

Verfasser behauptet, dass häufig als Parasiten des Carcinoms migratorische Zellen, rothe Blutkörperchen, Producte der Zellenkerntheilung und der Degeneration des Epithels beschrieben worden sind, während umgekehrt wirkliche Parasiten mit andern Körpern verwechselt wurden. Die Präparate BRIGIDI's zeigen in der That, dass in und zwischen den Epithelzellen des Carcinoms sich Körperchen *sui generis* finden, die die histologischen Merkmale der Protozoen aufweisen. Diese Körperchen sind deutlich in den verschiedenen Entwicklungsphasen und in grosser Menge zu sehen. Von den Präparaten rühren einige von oberflächlichem Lippenepitheliom, andere vom Carcinom der Glans her.

Betreffs der pathogenen Bedeutung solcher Körper, ist Verfasser der Ansicht, dass man in der Beurtheilung äusserst vorsichtig sein müsse, und dass man sie nicht ohne Weiters als parasitären Ursprungs erklären und als die specifische Ursache der Carcinome betrachten solle. Es fehlen noch positive Ergebnisse.

Unter den Hautepitheliomen sind die cystischen Neoplasmen selten; bei einem Tumor dieser Art hat Verfasser nicht jene Körper nachweisen können, die für Coccidien gehalten werden. Das fragliche Neoplasma rührte sicher von embryonalen Keimen her, die sich wahrscheinlich vom Rete Malpighii losgelöst haben, und in seinen ersten Stadien war es ein reines Papillom mit der Besonderheit, dass die verzweigten Papillen statt an der Hautoberfläche sich zu entwickeln, in das Derma sich vertieften, wo in Folge Degeneration des Epithelgewebes kleine Cysten sich bildeten, den Präparaten von diesen Stellen ein dem Bilde der Schweissdrüsen ähnliches Aussehen, mit denen sie auch möglicherweise hätten verwechselt werden können, verleihend. *A. D.*

Dr. Josef Czajkowski: Berufskrankheiten. Zinkintoxication. (Gazeta Lekarska 21, 22, 24, 1893.)

Als Kohlenberg- und Zinkhüttenwerksarzt verfügte CZAJKOWSKI über ein reichliches klinisches Material dieser Berufskrankheiten. Bedenkt man, dass metallisches Zink der Wirkung schwacher organischer Säuren und selbst des Wassers leicht unterliegt, so kann man sich auch die Entstehung chronischer Zinkvergiftung bei längerem Gebrauche von in Zinkgefässen aufbewahrten Getränken und Speisen leicht vorstellen, daher auch vereinzelte Fälle solcher Vergiftungen nicht gar so selten sind.

Wegen des leichten Eindringens der Zinkdämpfe in den Blutkreislauf sind es hauptsächlich diese, welche die acuten allgemeinen Erscheinungen hervorrufen und in den (62) Beobachtungen des Verfassers, bildeten sie auch die einzige Ursache des Zinkfiebers, da Beimengungen anderer Dämpfe fast gar nicht in Betracht kamen. Der Einfluss des metallischen Zinkstaubes auf die Entstehung dieses Fiebers ist sehr problematisch, da dieser nicht direct in den Blutkreislauf gelangen kann. Diese Krankheit setzt plötzlich, ohne Vorboten mit heftigen Kopf- und Muskelschmerzen und Opression an der Brust ein. Nach 1—2 Stunden heftige Schüttelfröste und darauf hohe 39—40° C. erreichende Hitze, trockene heisse Haut, trockener Husten, heftige Brustschmerzen. Nach einigen Stunden unter reichlichen Schweissen Rücktritt des Fiebers. Manchmal tritt kurz darauf ein zweiter, schwächerer Fieberanfall auf, mit denselben, aber schwächeren Symptomen, der wie der erste bald unter Schweiss endigt. — Die Diagnose stützt sich: 1. auf den plötzlichen Ausbruch, 2. auf die objectiven und subjectiven Symptome, 3. Auf die Kenntniss der Beschäftigung des Patienten, 4. auf den Verlauf der Krankheit. Besonders wichtig für die Diagnose ist der Mangel von Veränderungen an den inneren Organen. Der Ausgang ist gewöhnlich günstig, ob immer, erscheint zweifelhaft, umsomehr als CZAJKOWSKI zwei Todesfälle dabei beobachtet hat.

Acute Vergiftung mit Zinkoxyd wurde nur selten und meist an in Zinkbleichefabriken beschäftigten Arbeitern beobachtet und äusserte sich weniger intensiv, in mehr abortiver Form meist durch locale Symptome: Reizung der Schleimhaut des Magens und der Gedärme, Erbrechen, Durchfall, Kopf-, Muskel- und Brustschmerzen.

Therapeutisch am wirksamsten gegen das Zinkfieber erwies sich JK, JNa, Opiumpräparate und strenge Milchdiät. Am wichtigsten ist die Vermeidung der Noxe.

Die chronische Zinkvergiftung tritt gewöhnlich nach einer 10jährigen Beschäftigung in diesen Anstalten auf und äussert sich anfangs in schlechter Ernährung, Atrophie der Haut und der Muskeln, graulichgelbe Verfärbung der Haut, Blässe der Schleimhäute, zu denen sich später verschiedene nervöse Störungen hinzugesellen, die an Tabes dorsualis erinnern und in einem eigenthümlichen Gang. Verschieden oft wurden ferner beobachtet, bald vereinzelt, bald combinirt Myalgien, Ostalgien, Arthralgien, Gastralgien, Encephalopathien, Neuralgien, Paresen und Koliken. Der Tod erfolgt an Cachexie oder an einer intercurrenten Krankheit. In einem Falle traten die Koliken in der Blasengegend auf und die vorausgegangenen wie die begleitenden Umstände, wiesen auf krankhafte Veränderungen in der Blase hin, wahrscheinlich abhängig von der Zinkvergiftung. Der frisch gelassene Urin enthielt nämlich reines, unverändertes Blut. Unter dem Mikroskope fand man neben rothen Blutkörperchen Leukocyten, Schleimkörperchen, Blasenepithelzellen.

Sehr oft wurde bei solchen Patienten Abnahme der geistigen Fähigkeiten und eine an Melancholie grenzende psychische Depression beobachtet, die vielleicht mit der toxischen Wirkung des Metalles im ursächlichen Zusammenhange steht.

Für die Differenzialdiagnose von der ähnlichen chronischen Bleiintoxication ist wichtig: 1. der Mangel eines cyanotischen oder blauschwarzen Streifens am Rande des Zahnfleisches und der schwärzlichen Verfärbung der Mundhöhlenschleimhaut, 2. des süsslich adstringirenden Geschmackes, 3. das Fötorexore, 4. die Localisirung der Atrophie und der Paresen bei der chronischen Bleivergiftung an den oberen Extremitäten, die bei der chronischen Zinkvergiftung nur selten afficirt sind und 5. der Verlauf, namentlich das frühzeitige Eintreten der Koliken bei der Blei-, das später bei der Zinkvergiftung. Die Prognose hängt davon ab, ob und wann die Beschäftigung aufgegeben wird.

Die Behandlung bezweckt, die Eiweissverbindungen des Metalles zu zerlegen, die Secretionen zu fördern. JK, JNa, 05—08 2—3 Mal täglich, überwiegende Milchdiät neben warmen Bädern, hatten oft erstaunende Wirkung auf manche Symptome.

Die Koliken und die Kopfschmerzen hingegen konnten nur durch die Abstellung der Beschäftigung günstig beeinflusst werden.

Sp.

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, den 25 October 1893.

Das 50jährige Doctoren-Jubiläum Rudolf Virchow's.

In dem Heim der Berliner medicinischen Gesellschaft, dem Langenbeckhause, sahen wir heute Abend eine Festversammlung, wie sie kaum zur Einweihung des Hauses, oder aus ähnlichen Anlässen je stattgefunden hat.

Wahrlich eine erhebende, uns Allen unvergessliche Feier! Sie galt der, in aller Stille vorbereiteten, Proclamirung VIRCHOW's zum Ehrenpräsidenten der Gesellschaft.

Aus diesem Anlasse war der Sitzungssaal festlich decorirt; die Präsidialtribüne und Demonstrationstafel prangten in herrlichem Blumenschmucke.

Prof. v. BERGMANN führte den Vorsitzenden und nunmehrigen Ehrenpräsidenten an seinen Sitz. Ein minutenlang anhaltender Beifallssturm erfüllte den Raum, sobald VIRCHOW erschien. Alle Anwesenden erhoben sich von ihren Sitzen und hörten stehend die Begrüssungsrede BERGMANN's an.

Der Redner wies auf die Bedeutung dieses Ehrentages in dem Leben VIRCHOW's hin und auf die besondere Veranlassung, welche die Medicinische Gesellschaft, deren Vorsitzender der Jubilar seit einem Vierteljahrhundert sei, gehabt habe, ihn zum Ehrenpräsidenten zu ernennen. Zweierlei habe, so führte der Redner aus, der verehrte Vorsitzende bei seiner Leitung der Verhandlungen stets im Auge gehabt; einmal, dass die Gesellschaft nicht in eine Anzahl von Specialgesellschaften zerfasere, und zweitens, dass es den Mitgliedern der Gesellschaft stets in lebendigem Bewusstsein erhalten bleibe, wie das Ansehen und die Bedeutung des Arztes nur in seiner engen Verbindung mit der Wissenschaft fest wurzle. Ein reiches, von ungewöhnlichen wissenschaftlichen Erfolgen erfülltes Leben liege hinter ihm. Das seltene Glück, auf zwei biologischen Gebieten bahnbrechend und fördernd gewirkt zu haben, sei dem Jubilar zu Theil geworden, und die Zeit, da er die Leitung der Medicinischen Gesellschaft übernommen, sei für sie eine Zeit des Glanzes gewesen. Was er auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie, der pathologischen Anatomie, der Seuchenlehre, der öffentlichen Gesundheitspflege geleistet, davon sei kein Wort verloren gegangen, es sei vielmehr allgemeines Besitzthum der Wissenschaft, wie der ärztlichen Thätigkeit geworden. Des zum Gedenken habe die Medicinische Gesellschaft beschlossen, ihren allverehrten Präsidenten, auf dessen Geschäftsleitung sie nach wie vor sicher zählen dürfte, zu ihrem Ehrenpräsidenten zu ernennen und ergebe sich der bestimmten Hoffnung hin, dass er der Medicinischen Gesellschaft nicht versagen werde, was er der biologischen gewährt habe. Nachdem v. BERGMANN die prächtige Adresse VIRCHOW übergeben hatte, forderte er die Versammlung auf, in ein dreimaliges «Hoch» auf VIRCHOW einzustimmen.

Der Jubilar dankte in herzlichen Worten den Collegen für diesen neuen Beweis von Liebe und Verehrung. Er meinte, dass der Ehren und Würden genug auf sein Haupt geschüttet seien, und um nicht neuen «Versuchungen» sich ausgesetzt zu sehen, habe er sich an seinem fünfzigjährigen Doctorjubiläumstage von Berlin abseits gehalten. Allein seine Absicht, neuen Ehrenbezeugungen zu entgehen, sei nicht erfüllt worden. Die Medicinische Gesellschaft habe es sogar verstanden, das Mass der auf ihn gehäuften Ehren, das keiner Erweiterung mehr fähig zu sein schien, doch noch um eine neue Ehrenbezeugung auszudehnen. Und so bleibe ihm denn nichts weiter übrig, als die neue Würde anzunehmen. Im Laufe seiner Beantwortungsrede wies VIRCHOW auf seine Doctordissertation hin und hob besonders hervor, wie ausserordentlich viel die Medicin der Tradition verdanke. Er gedachte der grossen Männer SCHWANN, JOHANNES MÜLLER, FRORIEP, denen er so viel verdanke und deren Wegen er gefolgt sei. Sodann ging er zu einer Betrachtung anderer Art über, nämlich zu der Entwicklung der äusserlichen ärztlichen Verhältnisse, die von manchen Seiten her bedroht seien. Er habe sich stets nicht blos als Forscher und Gelehrter, sondern als Arzt gefühlt, und es sei alle Zeit sein Streben gewesen, dem

ärztlichen Berufe zu dem ihm gebührenden Ansehen zu verhelfen. Manches sei erreicht. Noch Vieles sei indessen zu erstreben. Nur, wenn Alle zusammenhielten, würden die Schwierigkeiten überwunden sein. Stets sollen die Aerzte dessen eingedenk sein und bleiben, dass sie in der Pflege der Wissenschaft und der Humanität ihren wahren Beruf zu erblicken hätten. Als VIRCHOW die Andeutung machte, er sehe in dem Ehrenpräsidenten einen Präsidenten «a. D.», da tönte ihm aus allen Reihen ein nicht misszuverstehendes «Nein» entgegen. Die schöne Rede VIRCHOW's rief den stürmischesten Beifall hervor.

Hierauf übernahm der Ehrenpräsident die Leitung der Sitzung und ertheilte seinem langjährigen Freunde und Nachfolger in dem Lehramte für pathologische Anatomie an der Würzburger Hochschule, Prof. RINDFLEISCH, das Wort. Dieser knüpfte an einen am 24. Mai 1851 in der Würzburger Gesellschaft für Naturforschung von VIRCHOW gehaltenen Vortrag «über den Kretinismus in Unterfranken» an und demonstrirte an einem sehr merkwürdigen Schädel, der einem elfjährigen Kinde angehörte, die Richtigkeit gewisser Lehren VIRCHOW's über die Entstehung von Schädelverbildungen und die Beziehungen der Gehirnentwicklungen zu ihnen. Wir müssen darauf verzichten, den fachwissenschaftlichen Theil der Rede an dieser Stelle des Weiteren zu erörtern. Zum Schlusse verlas Prof RINDFLEISCH eine überaus herzlich abgefasste Begrüssungsadresse der Würzburger medicinischen Facultät. In schönen, tiefempfundenen Worten gedachte die Falcultät jener unvergesslichen Zeit von 1849—1856 da es ihr vergönnt war, VIRCHOW unter die Zahl ihrer Lehrer aufzunehmen. Nur einer sei noch aus der Zahl jener Männer, die mit VIRCHOW zusammen gewirkt, am Leben, nämlich ALBERT v. KÖLLIKER. Dessen ganz besondere Grüsse habe er nun dem Jubilar zu übermitteln. Sichtlich gerührt nahm VIRCHOW die ihm dargebotene kunstvolle Adresse entgegen und erwiderte in wenigen, ungemein herzlichen Worten seinem «lieben Freunde» RINDFLEISCH, dem er seine innigsten Grüsse an alle Mitglieder der Würzburger Facultät, namentlich an den grossen KÖLLIKER, von dem der so Vieles gelernt habe, auftrug.

Sodann ergriff Prof. PONFICK-Breslau, Assistent des Jubilars aus den 70er Jahren, das Wort zu einem Beitrage zur Metastasen-Lehre. Er wies an einer grossen Reihe von Knochenpräparaten nach, dass Bacterien, die an irgend einer peripheren Stelle des Körpers Eingang gefunden haben, schliesslich im Knochen, und zwar am ehesten an den unteren Schichten des Periost haften bleiben und hier unter Umständen krankhafte Processe hervorrufen, deren Zusammenhang mit dem ersten Leiden bisher nicht aufgeklärt war. PONFICK bezeichnete seine Funde als Ausläufer der von VIRCHOW begründeten Metastasen-Lehre. Am Schlusse seines Vortrages überbrachte PONFICK die Glückwünsche der Breslauer medicinischen Facultät. *K.*

Briefe aus Ungarn.

(Original-Korrespondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Ende October 1893.

Das öffentliche Sanitätswesen, welches in Ungarn ansonst mehrweniger als Stiefkind betrachtet und behandelt wurde, ist von der Zeit an, als HIERONYMI die Ministerschaft der inneren Angelegenheiten angetreten hat, wohin bei uns auch das Medizinalwesen gehört, zu einem förmlichen Enfant gatée herangewachsen. Man kann mit Recht sagen: das Sanitätswesen ist die Lieblingsidee, eine Specialität des gegenwärtigen Bürgermeisters, die sein fachkundiger Adlatus Dr. CHYZER mit den gedeihlichsten und mannigfaltigsten Vorschlägen eifrigst unterstützt. In der Sanitätsabtheilung unseres jetzigen Ministeriums des Innern ist jener schleppende Gang verschwunden, der sich früher im bureaukratischen Leben so heimisch gefühlt, denn jetzt folgt die ausführende That der sich ergebenden Nothwendigkeit allsogleich auf den Fuss: es wird nicht mehr so viel hin- und hergeschrieben, es wird nicht selten auch mündlich und thatsächlich decretirt, und so dem vorliegenden Uebel vorgebeugt oder rasch abgeholfen.

Gegenwärtig wollen wir nur des Berichtes gedenken, den HIERONYMI über die Sanitätsverhältnisse des Jahres 1892 dem ungarischen Landtag vorgelegt hat. Nach der bisherigen Gepflogenheit wäre wohl der Bericht vom Jahre 1888 an der Reihe gewesen, da der letzte Ausweis seines Vorgängers vom Jahre 1887 datirt; HIERONYMI erwartet jedoch mehr Resultate durch Kennzeichnung der unmittelbaren Vergangenheit und wird auch fortan den Sanitätsbericht des abgelaufenen Vorjahres erlegen. Einige Daten des Berichtes, welche auch für den ausländischen Leser von Interesse sein dürften, lassen wir hier kurz folgen:

Es wird mit Befriedigung constatirt, dass das Wechselfieber, welches auf den an Flüssen gelegenen grossen Ebenen des Landes endemisch gewesen, zufolge der Flussregulirungen den «endemischen Charakter» verloren hat und von den meisten Gegenden Nieder-Ungarns fast verschwunden ist.

An der asiatischen Cholera sind im vorigen Jahre in Budapest 889 Personen erkrankt und 499 gestorben. Im ganzen Lande, wo die Krankheit hauptsächlich den Flüssen entlang sich verbreitete, ist dieselbe in 24 Comitaten und 188 Städten und Gemeinden mit 2463 Erkrankungen und 1344 Todesfällen aufgetreten.

Die Zahl der Trachoma-Erkrankungen hat wohl abgenommen, jedoch nur sehr langsam; die grössten Resultate wurden im Klausenburger Comitate erzielt, wo seit 1887 Epidemieärzte bestellt sind und wo die Zahl der wirklichen Trachomakranken in den letzten fünf Jahren von 426 auf 48 reducirt wurde.

Die Vermehrung des ärztlichen Personals ist in Ungarn eine verhältnissmässig geringe und erreicht kaum die Zahl 100 jährlich. Im ganzen Lande waren im Jahre 1892 thätig 3556 Aerzte und 491 Wundärzte, insgesammt also 4047, was im Verhältniss zur Einwohnerzahl ungenügend erscheint, da auf 1000 Einwohner nur 2·66 Aerzte kommen, während in Oesterreich 3·16 und in Deutschland 4·15. An Hebammen herrscht gleichfalls Mangel, gegenwärtig befinden sich in Ungarn 7570; hingegen hat die Anzahl der Apotheken in den letzten fünf Jahren zugenommen, es bestanden Ende des vorigen Jahres 1186, somit auf 12.418 Einwohner und auf 2289 Quadratkilometer je eine Apotheke. Auch das Spitalswesen ist bedeutend vorgeschritten, im Ganzen verfügt Ungarn über 14.535 Spitals-Belegräume. Die Mortalität beträgt durchschnittlich 7·15%; im Ganzen sind 500439 Todesfälle vorgekommen, von welchen 25·5% ärztlich verpflegt wurden.

Die Frequenz der ungarischen Cur- und Badeorte hat sich im Verhältnisse zu den früheren Jahren bedeutend gehoben; in 122 Bädern und klimatischen Curorten sind 77.483 ständige Curgäste und 509.498 Passanten verzeichnet worden.

Dass Minister HIERONYMI auch für die materiellen Interessen der praktischen Aerzte bedacht ist, hat er wieder einmal damit bewiesen, dass er es erst ist, der den längst bemängelten, den ärztlichen Stand fast beschämenden, noch von 1826 herstammenden Gebühren-Tarif für die ärztlichen Leistungen und Verrichtungen ausser Kraft setzen und durch einen neuen zeitgemässen und befriedigenden ersetzen will. Mit der Aufstellung dieses Tarifes hat der Minister schon Anfang dieses Jahres den Landes-Sanitätsrath betraut, den bereits stipulirten auch unverändert angenommen, vor endgiltiger Erledigung denselben jedoch auch noch der «Budapester königl. Gesellschaft der Aerzte» zur Begutachtung herabgesendet.

Die genannte «Gesellschaft» hat nach den langen Ferien ihre regelmässigen Sitzungen wieder aufgenommen. Aus der ersten derselben registriren wir folgende Preisausschreibungen für den nächsten zweijährigen Cyclus: 1. Es mögen über die Wirkung des Blutes auf Grund von Thierexperimenten Untersuchungen angestellt werden; Preis 340 fl. 2. 600 fl. für das zwischen 1. Juni 1893 und 31. Mai 1895 in ungarischer Sprache erschienene beste medizinische Werk. 3. 1000 fl. für die beste zwischen 1. Juli 1893 und 31. Mai 1895 auf dem Gebiete der Hygiene, Bacteriologie und gerichtliche Medizin erschienene Arbeit. Auch der ständige Central-Ausschuss der «Wanderversammlung ungarischer Naturforscher und Aerzte» hat einen Preis von 100 Ducaten auf eine «Landwirthschaftliche Zoologie» und einen von 200 fl. für die «wissenschaftliche Lösung der Meteorologie Ungarns» ausgeschrieben. Die nächste Wanderversammlung wird in Fünfkirchen, die zweitnächste anlässlich der Milleniumfeier im Jahre 1896 in Budapest abgehalten werden. *H. Mangold.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Innsbruck. Der Privatdocent an der Universität in Innsbruck, Dr. Franz Torggler, ist zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenschule zu Klagenfurt ernannt worden.

— Krakau. Dr. Skroczynski habilitirte sich als Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität in Krakau.

— Karlsbad. Am 15. v. M. feierte der älteste Karlsbader Curarzt Dr. Gallus Ritter von Hochberger, seinen 90. Geburtstag.

— Dresden. Die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden ernannte anlässlich der Feier ihres 75jährigen Jubiläums Herrn Hofrath Prof. Dr. Oertel in München zum Ehrenmitglied.

— Kiel. Dr. Georg Hoppe-Seyler ist zum ordentlichen Professor an der medicinischen Facultät ernannt worden.

— London. Der Kliniker Sir Andrew Clark hat einen Schlaganfall erlitten.

— Belfast. Dr. Johnson Symington in Edinburg, der Verfasser des bekannten Atlas der topographischen Anatomie des Kindes, wurde zum Professor der Anatomie an Queen's College in Belfast ernannt. — Dr. W. H. Thomas, ein Schüler Ludwig's, erhielt die Dunville-Professur für Physiologie.

— Edinburgh. Die Jahresversammlung des British Institute of Public Health zu Edinburgh ernannte Herrn Geheimrath von Pettenkofer zum Ehrenmitglied.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 3. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte brachte der Vorsitzende, Hofrath Prof. Dittel, zwei Glückwunschtelegramme von Prof. v. Eiselsberg und Hans Chiari zur Verlesung, worauf er in warmen Worten der verstorbenen Mitglieder Dr. Ulrich und Oberstabsarzt Dr. Fillenbaum gedachte, deren Andenken die Gesellschaft durch Erheben von den Sitzen ehrte. Prof. Lang demonstrirt hierauf eine Patientin, bei der er eine ausgedehnte Transplantation am Unterschenkel vorgenommen hatte, worauf Prof. Weinlechner einen Fall von operirter Cyste des Unterkiefers und einen 52jährigen Mann demonstrirt, bei dem ein Neoplasma aus dem Rachen entfernt wurde. Prof. Chrobak hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Erfolge der Adnexoperationen», in welchem er an der Hand statistischer Daten, sowie des ihm so zahlreich zur Verfügung stehenden Materiales, seine Indicationsstellung präcisirte, sowie die wahren und Scheinerfolge deutlich klarlegte. Vortragender begrüsst es als günstiges Omen, dass der erste Vortrag im neuen Hause einem Specialfache entstamme und spricht den Wunsch aus, dass im neuen Hause die einzelnen Specialfächer wieder ihren inneren Zusammenhang finden mögen. Der interessante Vortrag erscheint in der nächsten Nummer dieses Blattes. — Das med. Doctorencollegium hält am Montag den 6. November seine Eröffnungssitzung ab, u. zw. im Sitzungssaale der österr. Gesellschaft vom rothen Kreuze (I., Herrengasse 23), wobei Prof. Lang einen Vortrag hält: «Ueber succesive chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis».

— Berlin. Virchow-Jubiläum. Die Academie der Wissenschaften in Berlin hat zum 50jährigen Doctor-Jubiläum an Rudolf Virchow eine Adresse gerichtet, die, von Prof. Hermann Munk verfasst, eine knappe Würdigung der wissenschaftlichen Lebensarbeit des Gefeierten enthält. — Die letzte Sitzung der Anthropologischen Gesellschaft gestaltete sich in ihrem ersten Theile zu einer Huldigung für Virchow, den Begründer und jetzigen Ehrenpräsidenten, zugleich wirklichen Präsidenten der Gesellschaft. Geheimrath Prof. Dr. Waldeyer hielt eine Ansprache, in welcher er der Bedeutung des Tages für die anthropologische Gesellschaft warme Worte verlieh. Sodann überreichte er dem Jubilar eine Adresse, in welcher die Glückwünsche der Gesellschaft niedergelegt sind.

* Havanna. Preisausschreibung. Von der Havanesischen Academie der medicinischen-, physikalischen- und Naturwissenschaften sind folgende zwei Preisaufgaben für 1893—94 veröffentlicht worden. 1. Preis, Goyri y Adot: Ueber Krankheiten der warmen Länder, insbesondere über die chronische Diarrhoe (enfermedades de los paises cálidos y con preferencia sobre la diarrea crónica). Der Preis besteht in 700 Pesos in Gold. 2. Preis, «Canongo»: Medicinische Topographie der Stadt Havanna bezüglich der Tuberculose, des Sumpffiebers, Typhus und gelben Fiebers. Preis 250 Pesos in Gold. Der letzte Termin für Einsendung der Arbeiten ist auf den 30. April 1894 festgesetzt und sind dieselben an den Generalsecretär der Academie, Dr. Louis Montané, Calle de Cuba, exconvento de San Augustin, Habana zu adressiren. (Revista de medicina y cirurgia prácticas.)

* Todesfälle. In Wiesbaden Prof. Dr. Frerichs, einer der bekanntesten dortigen Aerzte, Neffe des verstorbenen Geheimrathes v. Frerichs in Berlin, 40 Jahre alt. — In Hannover Dr. Lyman Bartlett Howe, ehem. Professor der Anatomie am Darmouth Medical College.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Der am 24. October in Wien in das Kaiser Franz Joseph-Spital gebrachte Matrose Ferdinand Stepan ist am 27. October Nachmittags gestorben. Die Abnahme der Zahl neuer Choleraerkrankungen in Galizien, welche in der vorigen Woche eingetreten war, dauerte auch noch während der letzten Woche (24. bis 31. October) an. — In Ungarn hat die Cholera sich während der Vorwoche vom 11. bis 17. October wieder weiter ausgebreitet und eine grössere Zahl von Erkrankungen herbeigeführt, nämlich in 73 Gemeinden 274 Erkrankungs- und 136 Todesfälle. — Bosnien und Herzegovina. In der Woche vom 14.—21 October sind in der Stadt Brčka 20 Personen an Cholera erkrankt, 10 gestorben, in verschiedenen Orten des Kreises Dolnja Tuzla 72 Choleratodesfälle angezeigt worden. — Deutsches Reich. Vom 15—21. October wurden im Odergebiete, Stettin und im Elbestromgebiete einzelne Erkrankungs- und Todesfälle an besonderen Stellen gemeldet. — Niederlande. Vom 10. bis 19. October wurden aus der Provinz Over-Yssel 8, aus der Provinz Drenthe 2 Cholerafälle gemeldet. — Belgien. Zwischen 1. und 16. October kamen Choleraerkrankungen (Todesfälle) vor: in Antwerpen 5 (3), Boom 4 (0), Willebröck 1 (0), Dampremy 8 (4), Charleroi 1 (1), ausserdem 8 (4) Verdachtsfälle. — Italien. In Livorno und in Messina soll die Cholera erloschen sein. Aus Palermo wurden vom 22. bis 27. October 65 Erkrankungs- und 36 Todesfälle gemeldet. In Rom kamen einzelne verdächtige Fälle vor. — Türkei. In Constantinopel hat sich die sanitäre Situation nicht geändert, die Choleraerkrankungen treten in beschränkter Zahl und in den verschiedensten Gegenden auf, ohne dass es bisher ausser in der Irrenanstalt in Skutari, und in der Kaserne in Haidarpascha zu einer epidemischen Ausbreitung kam.

Konkurs.

Bei der Stadtgemeinde in Priedor (Bosnien) gelangt mit 1. Jänner 1894 die Stelle des Stadtarztes mit dem systemisirten Bezuge von jährlich 1200 fl. zur Neubesetzung.

Die P. T. Bewerber wollen ihre vorschriftsmässig gestempelten, mit den entsprechenden Zeugnissen instruirten Gesuche, längstens bis Ende November l. J. bei dem genannten Gemeindeamte einbringen.

Gemeinde-Amt
Priedor, Bosnien, am 20. Oktober 1893.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle zu Unterdrauburg (Kärnten) mit einer Jahresremuneration von 550 fl. Dem Inhaber derselben kann eine Wohnung von 4 Zimmern mit Zugehör und einem Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von 150 fl. zur Verfügung gestellt werden. Verpflichtung: Führung einer Hausapotheke und Einhaltung einer 2 monatlichen Kündigungsfrist. Gesuche bis Ende November an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Wolfsberg.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 12. November 1893.** **Nr. 46.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Beziehungen der Krankheiten insbesondere der croupösen Pneumonie zu den meteorologischen Vorgängen.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.

Unser Zeitalter wird beherrscht von der Bakteriologie. Nie ist die Lehre vom Ansteckungsvermögen der Krankheiten so scharf hervorgehoben worden, als in den letztvergangenen Decennien und niemals vorher hat man die Krankheits- und Ansteckungsstoffe so an den Tag zu befördern vermocht, wie jetzt. Aber selbst da, wo Mikroorganismen bestimmte Ansteckungsstoffe und schädliche Wirkungen entfalten, setzt dieser Vorgang voraus, dass sich die Gewebe des Organismus in einem Zustande befinden, welcher dem Eindringen und der Vermehrung der Mikroorganismen günstige Bedingungen gewährt. Die Thatsache, dass die Ansteckungsfähigkeit verschieden ist für verschiedene Menschen, ja für denselben Menschen zu verschiedenen Zeiten, setzt gewisse Momente voraus, welche den Vorgang begünstigen.

Unter diesen Vorgängen ist den meteorologischen von jeher ein wichtiger, wenn auch nicht allenthalben durchsichtiger Einfluss eingeräumt worden. Die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen ist neuerdings von Magelssen in Christiania eingehend erforscht und von demselben, wie er in einem «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von der Witterung» betitelten Buche*) ausführt, in dem Komplex aller kosmisch-tellurischen Einflüsse den Temperaturwirkungen die grösste Bedeutung beigemessen worden. Dass plötzliche Temperaturübergänge, eine ungewöhnliche Wärme oder Kälte zu Veränderungen des Gesundheitszustandes beitragen können, wird allenthalben eingeräumt, mögen diese Temperaturwirkungen über ein oder mehrere Jahre eine oder mehrere Jahreszeiten, Monate, Wochen oder Tage sich erstrecken. Dass dieses Verhalten nicht nur einer allgemein verbreiteten Annahme nach bei den Respirations- und Erkältungskrankheiten hervortritt, sondern und zwar in noch höherem Grade, sich auch den Infectionskrankheiten gegenüber geltend macht, hat Magelssen an der Hand von eine sehr beredte Sprache redenden Curven erwiesen, eine Thatsache, die im höchsten Grade überraschen muss und unsere Behauptung, dass ausser Mikroorganismen noch Bedingungen vorhanden sein müssen, welche den Vorgang der Infection begünstigen, wesentlich unterstützt. Die Infectionskrankheiten scheinen nach den von Magelssen entworfenen Kurven noch viel mehr abhängig von der Witterung zu sein, als die beiden ersten Krankheitsgruppen. Dieses Abhängigkeitsverhältniss ist im Grunde nicht zu verwundern. Der menschliche Organismus und dessen Eigenwärme muss sich in ein fortwährendes Gleichgewichtsverhältniss setzen mit der Aussentemperatur, muss Wärme abgeben oder aufnehmen. Die Veränderungen, welche Temperaturübergänge in unserem Stoffwechsel, in unserem allgemeinen Wohlbefinden bedingen, müssen Ausdruck erhalten in einer vermehrten oder verminderten Empfänglichkeit, Disposition für Krankheiten jeder Art, sie mögen psychisch oder physisch, durch von aussen her kommende Mikroorganismen oder durch Veränderungen innerhalb des Organismus selbst bedingt sein.

Unter allen Infectionskrankheiten hat man am sichersten den Einfluss der Jahreszeiten auf die Frequenz der Pneumonie erkannt. In Zeiten, denen noch die bakteriologische Forschung unbekannt, galten Temperaturschwankungen und zwar über einen grösseren Zeitraum sich vertheilende in Form der Jahreszeiten und Witterung, oder rasche Temperaturübergänge in Form der Erkältung als das einzige ätiologische Moment. Noch heute findet dieses bezüglich der allgemeinen und individuellen Disposition Bestätigung in allen gangbaren Lehrbüchern. In Betreff der allgemeinen Disposition findet man die Angabe, dass auf die Winter- und Frühlingsmonate etwa zwei Drittel, auf die Sommer- und Herbstmonate ein Drittel der pneumonischen Erkrankungen entfallen. Einigermassen verschieden verhalten sich in dieser Beziehung Insularländer, wie England und Irland, gegenüber den kontinentalen; für letztere kommt die grösste Zahl der pneumonischen Erkrankungen auf die Monate März bis Mai, die

*) Eine deutsche Ausgabe, von Walter Berger besorgt, ist vor 3 Jahren bei Thieme in Leipzig erschienen.

geringste auf September bis November; die ersteren ergeben die grösste Erkrankungsfrequenz von Dezember bis Februar, die geringste von Juni bis August.

Der mehrfach angenommene Einfluss der hohen Lage eines Ortes, der rauheren klimatischen Verhältnisse und des Ausgesetztsein's gegen Winde ist nach den diesbezüglichen Zusammenstellungen Ziemssen's zweifelhaft. Ebensowenig lässt sich ein bestimmtes Verhältniss zwischen Frequenz der Pneumonie und Barometerstand oder Temperatur der Luft aufstellen, dagegen scheinen starke Schwankungen der letzteren die Morbidität zu fördern. Der Grad der Luftfeuchtigkeit übt keinen bestimmten Einfluss aus.

Was die individuelle Disposition anbelangt, so hat die vorurtheilslose Untersuchung gezeigt, dass das Leben im Freien und unter der Einwirkung verschiedener Witterungseinflüsse die Neigung zur croupösen Pneumonie nicht vermehrt, sondern dass sie im Gegentheile eher durch eine abgeschlossene Lebensweise gefördert wird.

Diese in den gangbaren Handbüchern vorfindlichen allgemeinen Bemerkungen über die Aetiologie der pneumonischen Erkrankungen sind neuerdings von P. Kolesky in einer in Moskau erschienenen Inaugural-Dissertation in Bezug auf die croupöse Pneumonie auf Grund dreijähriger Beobachtungen dahin präcisirt worden:

1. Die Bakteriologie vermag keine Erklärung zu geben über die Vertheilung der Krankheit auf gewisse Jahreszeiten, Monate und Jahre.

2. Die meteorologischen Vorgänge und die mit ihnen in Abhängigkeit stehenden Bedingungen des Wetters spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht wie früher angenommen worden, die einzige, doch eine wichtige Rolle.

3. Um präcise den Einfluss der Witterung auf die Entstehung der croupösen Pneumonie festzustellen, ist nicht nur ein reiches klinisches Material, sondern auch eine längere Beobachtungsdauer der verschiedenen Schwankungen der Witterung nothwendig.

4. Croupöse Pneumonie wird am häufigsten beobachtet unter eine gewisse Zeitperiode andauernden Bedingungen, die abweichen von dem normalen Ablauf der Regel.

5. Die häufigste Zahl von Fällen an croupöser Pneumonie ist für Moskau zu verzeichnen, wenn die Temperatur und die täglichen Schwankungen derselben eine Zeit lang unter dem Normalen stehen, bei niederem Barometerstand während vorherrschender Nordwinde und während verhältnissmässig geringem Regenfall.

6. Alle diese meteorologischen Vorgänge sind innig mit einander verbunden, entsprechen dem meteorologischen Ausdruck und stehen in Zusammenhang mit dem Vorherrschen der Westwinde und Ostwinde.

7. Das Studium des Zusammenhanges der croupösen Pneumonie mit den West- und Ostwinden, als Factoren bei der Veränderung des Wetters wird die Aufgabe der Zukunft bilden.

8. Schwankungen in der Temperatur der Nachbarschaft von 0° R. und C. (32° Fahrenheit) begünstigen die Entstehung der Krankheit.

9. In milderen Wintern werden daher mehr Fälle beobachtet, weil die Temperatur oft um 0° (32°) schwankt.

10. Die Annahme der Erkältung als ein ätiologisches Moment der croupösen Pneumonie findet in den neuesten Beobachtungen eine Bestätigung.

11. Die Häufigkeitscurve dieser Krankheit verlief während einer Beobachtungsdauer von einigen Jahren nahezu parallel mit der Aufzeichnung der barometrischen Curve.

12. Die Erforschung des Einflusses der relativen Feuchtigkeit ergibt in Betreff der Jahreszeiten widersprechende Resultate; es scheint, dass die Extreme die Entstehung der Krankheit begünstigen.

13. Seibert's Angabe, nach welcher die Häufigkeit der croupösen Pneumonie einerseits, sowie die Curven der Temperaturschwankungen der relativen Feuchtigkeit nicht coincidiren, nicht parallel verlaufen, sondern divergiren, hat sich nicht bewährt.

14. Die Ansicht, dass die Krankheit an Frequenz zunimmt während des Vorherrschens heftiger Winde wird durch statistische Erhebungen nicht gestützt.

15. Jahrgänge mit heftigen Windströmungen entsprechen vielmehr Jahrgängen leichter Entwickelung der Krankheit.

16. Masson's Methode betreffend die Feststellung der Abhängigkeit der croupösen Pneumonie von der Witterung hat den Vorzug, dass sie uns ermöglicht, die Ergebnisse der Beobachtungen von verschiedenen Orten nach verschiedenen Zahlen je nach der Verbreitung der Krankheit zu vergleichen.

17. Um eine wissenschaftliche Forschungsmethode über den Zusammenhang der croupösen Pneumonie mit dem Wetter auszuarbeiten, ist die Mitwirkung der Meteorologen wünschenswerth.

18. Die Curven der meteorologischen Monatswellen und Jahreswellen coincidiren in ihrem Maximum mit der Häufigkeit der Krankheit und divergiren während der Periode ihres Minimums.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung.*)

Zwei Hauptformen des Ulcus rotundum. Das blutende Ulcus und das einfache peptische Ulcus.

In fünfzig Procent von Fällen von Ulcus rotundum (Ewald) tritt das Ulcus in der hämorrhagischen Form auf, i. e. in der Form der Hämatemesis oder der Melaena. Diese häufig primäre Form tritt ohne irgend welche Vorboten zum Vorschein; ohne irgend welches andere Zeichen, als das der Hämorrhagie, die das Resultat der Einwirkung des Magensaftes auf eine freiliegende kleine Arterie in dem trichterförmigen Geschwüre darstellt. Bisweilen ist der Blutverlust, der in einem geraden Verhältnisse zu den Dimensionen des arrodirten Gefässes steht, ein so ausgesprochener, dass er den Tod durch Hämorrhagie oder durch Bluterguss in die Magen-Darmhöhle nach sich ziehen kann.

Der Kranke wird blass und von Syncope und von Schüttelfrösten ergriffen; bald darauf spürt er, dass eine heisse Flüssigkeit sich in seinen Oesophagus hinaufergiesst, und das Blut wird dann von dem Kranken in einer erschreckenden Art erbrochen. Das Blut ist in seiner Masse roth gefärbt und unterscheidet sich dadurch von dem schwarzen Erbrechen, dem kaffeesatzartigen Erbrechen in Fällen von Krebs.

Dennoch kann auch beim Ulcus ebenso ein schwarzes Erbrechen vorkommen, nämlich, wenn das Blut in geringen Quantitäten an der Oberfläche der Schleimhaut liegen geblieben ist und der Einwirkung des Magensaftes ausgesetzt war, der das Hämoglobin zerstört hat.

Die Hyperchlorhydrie findet sich thatsächlich ein wenig vor und ein wenig nach dem Erbrechen. Jaworski und Korczinski fanden die Acidität bedeutend erhöht, woraus der Schluss abzuleiten ist, dass sich das Oxy-hämoglobin schnell in salzsaures Hämatin umwandelt, welches dem Blute eine dunkelbraune Farbe verleiht.

Die Hämorrhagien mittlerer Intensität recidiviren oft, weil der Thrombus, der das Gefäss verstopft, zerfällt, oft chemisch, und zwar durch den Magensaft; endlich tritt eine Obliteration ein, — wenn das Organ geschont wird — durch die Narbe der Arterie.

Aber früh oder spät, wenn das Ulcus nicht vollkommen geheilt ist, tritt die Hämorrhagie von neuem auf, häufig in Folge einer Abweichung im gewöhnlichen Regime.

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 1893.

Wenn das Blut durch den Mund entweder gar nicht oder nur unvollständig entleert wird, so gelangt ein Theil in den Dünndarm, geht dort mit dem Chymus eine Emulsion ein und es resultirt daraus im Dickdarm, an der Stelle, an der sich die Faeces bilden, diese braunschwarz gefärbten Massen, die an der Oberfläche ein lackirtes Aussehen haben und deren Ursprung nicht zu verkennen ist.

Im Allgemeinen findet diese innige Mischung von Faecalmassen und von Blut nur bei den Hämorrhagien der oberen Theile des Darmes statt. Ueberdies ist noch zu bemerken, dass beim Darmulcus grosse Massen Blutes mit den Stühlen abgehen können, ohne dass Hämatemesis vorhanden sein würde; diese Fälle sind von grossem klinischen Interesse, denn diese Hämorrhagien können, ebenso wie das Ulcus, unbemerkt vor sich gehen. Kleine Quantitäten Blutes, z. B. 100 Cubikcentimeter, können der Untersuchung entgehen, wenn das Blut noch keine ausgesprochen theerartige Farbe besitzt; hier kann man die Diagnose nur durch die Untersuchung des Hämatins anstellen.

Andererseits kann die schwarze Färbung der Faecalmassen auf Rechnung von Eisen, Rhabarber, Kaffee in grossen Quantitäten, rothem Wein, Zimmt gesetzt werden; wenn die Hämorrhagie nur einen geringen Grad erreicht, so tritt keine Hämatemesis auf, aber der Mageninhalt mischt sich mit dem Blute, welches, wenn die Massen zufällig ausgeworfen werden, durch die früher erwähnten Färbungen sich manifestirt. Das Blut ist dann je nach dem Grade der Verdauung verändert, und zwar in dem Sinne, dass sich das Hämoglobin unter dem Einflusse der Salzsäure in eine Art von Globulin und Eisenhämatin spaltet. Das Mikroskop zeigt dann braune Pigmentmassen, die wie Kaffeefragmente aussehen.

Kleine Hämorrhagien finden sich bisweilen im Darm unter der Form von färbenden Massen des Blutes oder von rothen Blutkörperchen in den Faecalmassen (SCHMAUS). Diese Momente sind häufig das Zeichen einer perniciösen Anämie.

* * *

Symptome des blutenden Ulcus.

Wir wissen, dass es ein foudroyantes, letales Ulcus gibt, oder das Ulcus, welches nun einmal demaskirt worden ist, öffnet sich wieder durch verschiedene Ursachen, durch ein excitirendes Nahrungsmittel, sehr heisse oder sehr kalte Getränke. Es kann sich auch ereignen, dass das Coagulum, das sich im Ulcus oder im Blutgefässe gebildet hat, sehr wenig adhärent ist und sich leicht ablösen kann, wenn die Herzaction das Normale überschreitet.

Leichte Hämorrhagien bewirken nur eine psychische Verstimmung, grosse Hämorrhagien, namentlich wenn sie ziemlich schnell aufeinander folgen, bedingen eine beträchtliche Anämie mit allen ihren Consequenzen, wie z. B. blasse, wachsgelbe Hautfarbe, kleinen frequenten Puls, Ohrensausen und Schwindelanfälle mit Verlust des Bewusstseins, vorübergehende leichte Delirien, vollständige Anorexie, Sehnenzittern und kleine Convulsionen, wie nach Choleraentleerungen.

Heilungsfähigkeit. Trotz dieser Schwere und trotz dieser so grossen Gefahren der Anämien in Folge von runden Magengeschwüren, tödten dieselben nur selten, besonders im jugendlichen Alter. Charles HOOD, in London, hat im Jahre 189. in seiner Statistik aus dem GUY's Hospital betreffend die Zeit von 1870 bis 1890 nachgewiesen, dass die Mehrzahl der Erkrankungen des Magens und der Magengeschwüre, die unter dem 30. Lebensjahre auftreten, die Weiber betreffen, und dass unter diesen Umständen ein Todesfall in Folge von gastrischer Hämorrhagie kaum vorkommt. Von 66 Fällen dieser Art, hatten 29 noch nicht das 30. Lebensjahr erreicht, und unter diesen fanden sich nur 2 Männer, während 21 Fälle im Alter von 30 bis 40 Jahren 11 Männer betrafen; alle genasen. Bei 7 anderen Kranken, die als directe Folge der Hämorrhagie letal endeten, schwankte das Lebensalter zwischen 33 und 53 Jahren. Es ist kaum anzunehmen, dass die Prognose der Hämatemesis gerade zur kritischen Zeit des Krankheitsverlaufes eine schwerere wird; es muss im Gegentheil bemerkt werden, dass bei den Hämorrhagien in den Fällen junger Frauen keine schlechte Prognose vorhanden sei; bisweilen geben dieselben sogar eine gewisse Erleichterung mit Abnahme der schmerzhaften Symptome an, und später constatirt man eine Verbesserung des Blutes, dessen rothe Blutkörperchen rapid von zwei auf drei und sogar auf vier Millionen steigen können, während zu gleicher Zeit der Hämoglobingehalt von 31 auf 51 Procent in die Höhe gehen kann.

Wenn Exitus letalis eintritt, so ist dies zumeist die Folge eines Durchbruchs des Ulcus und einer Usur der Arteria lienalis oder der Arteria pancreatica, der Vena Portarum oder des linken Herzens oder eines kleinen Aneurysmas der Arteria coronaria (FOWELL).

* * *

Diagnose des hämorrhagischen Ulcus.

Allgemeines.

Die Diagnose im Allgemeinen könnte mit der Sonde nicht vorgenommen werden, von dem Momente an, in welchem sich auch die allergeringste Spur einer Hämorrhagie zeigt; ich habe schon seit langer Zeit auf die Gefahr, die Hämorrhagie von neuem anzufachen, oder eine Perforation zu verursachen, hingewiesen.

LEUBE hat ebenso wie ich auf diese Gefahr und auf die diesbezügliche Unerfahrenheit der Aerzte hingewiesen; die jungen Aerzte haben diese Lehre in's Lächerliche gezogen, und es bedurfte, um diesen Uebermuth zu rächen, mehrerer Katastrophen, des Todes mehrerer Kranken (citirt von CORNILLON und DAGNET). Seit jener Zeit hat man, wie ich glaube, auf dieses brutale Vorgehen Verzicht geleistet.

Diese Frage reducirt sich jetzt auf gewisse Schwierigkeiten, denen man in manchen Fällen begegnet, die aber selten vorkommen:

a) Wenn die Hämatemesis eine beträchtliche ist, so muss man an die Varices des Oesophagus denken, als Folge von Lebercirrhose.

Die Venen des Oesophagus stellen für das Blut der Pfortader ein Divertikel dar; wenn das Blut in den Magen zurückfliesst, um dann ausgeworfen zu werden, so kann man eine veritable, idiopathische Hämatemesis annehmen. Viele Autoren, BLUME, DEBOVE, STONY, WILSON, SACHS, WELKEL und EWALD haben diesbezügliche Fehlgriffe beschrieben, die man durch die Untersuchung der Leber vermeiden kann.

b) Veränderungen in den Gefässwänden. Diese Veränderungen geben zu Varices oder zu einer atheromatösen Degeneration der Gefässe des Magens oder zu einer amyloiden Degeneration Veranlassung, die eine Hämorrhagie heraufbeschwören können.

Aber, wie eben EWALD bemerkt, wenn es sich um eine beträchtliche und ausgedehnte Atheromatose handelt, wie sie bei Greisen vorkommt, so führt dieselbe nicht zu gastrischer Hämorrhagie.

Die Varicen, die man bei den Greisen, namentlich bei den Potatoren beobachtet, können Hämorrhagien des Magens bedingen (LETULLE). Diese fallen natürlich, oder wenigstens oft, mit den Oesophagealvaricen zusammen.

Aneurysmen, als Ursache für eine beträchtliche Hämatemesis, wurden von GALLARD und von WELCH SACHS beobachtet.

c) Die wahre Schwierigkeit in der Diagnose der Hämorrhagie bezieht sich auf den Krebs oder auf das krebsige Geschwür.

Wir werden dieses Problem bei Gelegenheit des Ulcus pepticum simplex lösen oder discutiren. Das hämorrhagische Ulcus unterscheidet sich vom Carcinom insoweit, als die Hämatemesis des Carcinoms im Allgemeinen eine wenig reichliche ist, das Blut ganz und stets zersetzt ist und eine kaffeeschwarze oder chocoladebraune Farbe besitzt. Diesbezügliche Ausnahmen gibt es nur für die Hämorrhagien des Krebses

der Cardia, der brüsk und heftig unter der Form einer letalen Hämorrhagie zum Ausbruche kommt, analog der des Krebses des Oesophagus.

d) Die menstruelle Hämatemesis muss ebenfalls in Betracht gezogen werden.

e) Die foudroyante Anämie des Ulcus ähnelt bisweilen bis zu einem gewissen Grade derjenigen des Krebses; man kann auf der Anämie keine Diagnose aufbauen.

f) Das Oedem der Extremitäten nach Ermüdungen kommt beim Ulcus selten vor.

g) Die Amaurose, die bei den intestinalen Hämorrhagien auftritt, denjenigen Hämorrhagien, welche 65 % aller Hämorrhagien bilden, die aber mit der Hämatemesis in keiner bestimmten Beziehung stehen; die Amaurose findet sich bei den Hämorrhagien in Folge von Ulcus häufig, wird aber beim Krebs völlig vermisst.

h) Hämatemesis ohne Gefässveränderung, ohne Zeichen eines sicheren Ulcus. Es gibt endlich Hämatemesen, bei welchen es unmöglich ist, das Vorhandensein einer Geschwürshämorrhagie mit Sicherheit anzugeben.

Hood hat Hämorrhagien beobachtet, die sich bei jungen anämischen Mädchen und Frauen wiederholten, und in welchen eine rapide Besserung auftrat, ohne dass sich in der Krankengeschichte irgend ein Zeichen, das für Ulcus spricht, und ohne dass sich irgend ein diesbezügliches objectives Zeichen vorgefunden haben würde. Man hat Hämorrhagien häufig ohne Grund auf Ulcus bezogen.

i) Traumatismus. Endlich kann die Hämorrhagie auf Rechnung eines Traumas kommen, wie z. B. Sturz auf den Boden ohne äussere Verletzung (Hafner), das Eindringen eines spitzen Körpers (Heilbrun 1891), eine Contusion des Epigastrium (Sée).

Wenn die Hämorrhagie ausgesprochen ist und nicht so weit gedeiht, um eine Hämatemesis hervorbringen zu können, so kann sie auf Rechnung einer glandulären Gastritis kommen, und in diesem Falle handelt es sich dann um eine einfache active Congestion, so wie man sie auch bei gewissen Krankheiten des Herzens findet, wo sie selten den grossen Typus der Hämorrhagien erreicht.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 3. November 1893

Prof. Lang demonstrirt ein 26jähriges Mädchen, bei welchem mehrere Recidiven von luetischen Ausbrüchen hintereinander erfolgten, welche jeder antiluetischen Behandlung widerstanden, so dass sich Vortragender vor 5 Monaten zu einer chirurgischen Behandlung entschloss. An der linken Wade bildete sich eine Gruppe von kastaniengrossen gummösen Infiltraten, welche mit dem scharfen Löffel ausgeschabt wurden; der 12 *cm* lange und 8 *cm* breite Defect wurde durch Epidermis des gesunden Beines gedeckt. Anheilung gelang vollkommen. Narbe sehr resistent.

* * *

Prof. Weinlechner stellt ein 8jähriges Mädchen vor, bei dem ein am unteren linken Kieferwinkel sitzender billardgrosser Tumor subperiostal resecirt wurde. Heilung, Dank dem erhaltenen Periostsacke, in welchem Weinlechner einen 7 *cm* langen federkielartigen Elfenbeinstift eingelegt hat. Der Tumor zeigt auf dem Durchschnitte viele mit Blut gefüllte Hohlräume verschiedener Grösse, ist somit ein Kystom, welches in Folge eines degenerirten Zahnkeimes entstanden ist (Prof. Kolisko).

Der zweite Fall ist ein 52jähriger Taglöhner, welcher 1892 zum ersten Male wegen aufgetretenen Schlingbeschwerden und schliesslicher Heiserkeit auf seine Abtheilung aufgenommen wurde. Es fand sich ein rechtsseitiges Pharynxepitheliom, welches auf die Epiglottis übergegriffen hatte. Es wurde nun nach prophylactischer Laryngotomie am Lgt. convides die rechtsseitige Pharyngotomie vollzogen und der Kranke durch ein dickes durch die Wunde in den Schlund eingeführtes Rohr ernährt. Zwei Monate darauf Entfernung der Larynxkanüle, wobei feste Speisen besser hinuntergingen als flüssige. Die zurückbleibende Pharynxfistel wollte aber nicht zurückgehen.

Im September 1893 kam Patient mit einem Drüsenrecidiv in der rechten Halsgegend. Der Larynxbefund war derselbe, nur hatte sich in unmittelbarer Nähe der inneren Fistelmündung ein Büschel Haare entwickelt, welches zeitweilig durch Aushusten auf die Zunge zu liegen kam. Exstirpation des ganzen Drüsenconglomerates, wobei der Halstheil der Vena jugularis com. mit dem Vagus resecirt wurde, ebenso die Endäste der Carotis ext. wegen der zwischenliegenden Carcinommassen. Nun ist der Kranke geheilt. Die Haare konnten nur von einem Hautstücke sprossen, welches während der Ausbildung der Pharynxfistel hineingezogen wurde. Auch jetzt besteht noch ein 3 *cm* langer freier Fistelgang nach aussen hin.

* * *

Prof. R. Chrobak: *Ueber die Erfolge der Adnex-Operationen.*

Vortragender betont, dass es die wichtigste Aufgabe sei, mit vollständiger Objectivität die Indicationen für die in Rede stehenden Operationen zu prüfen und zu sichern. Rosthorn hat bereits über 40 Fälle, die in der Zeit von 1888—1890 an der Klinik operirt wurden, berichtet, wozu im Laufe der Zeit noch 106 Fälle dazukamen. Auf ausgeschickte Fragebogen hat nur die Hälfte der Operirten geantwortet. Im Angesichte der Schwierigkeiten, welche die Beantwortung dieser Fragen mit sich bringt, hat sich Chrobak entschlossen, die Arbeitsfähigkeit als Kriterium zu betrachten die in erster Linie bei der Beurtheilung der Erfolg ins Auge zu fassen ist.

Bezüglich der Indicationsstellung des operativen Eingriffes kommen folgende Fragen in Betracht:

1. Welche Gefahren für das Leben bringen diese Krankheiten?
2. Welche Folgen können sie erzeugen?
3. Welche Gefahr bringt die Operation?
4. Sind wir im Stande durch die Operation die Gefahren und Beschwerden dauernd zu beseitigen?
5. Erzeugen wir durch den operativen Eingriff andere Beschwerden oder Functionsstörungen?

Abgesehen von den Neubildungen bildet die grosse Masse von Beschwerden, die Blutungen und Eiterungen die häufigste Todesursache. Die akute Lebensgefahr ist zwar gering, um so schwerer die Beschwerden; nicht wenig fällt auch ins Gewicht die Sterilität, die Gefahr der Operation ist nicht gross: Winter verzeichnet 3·5 %, Schauta und Chrobak circa 4·1 % Mortalität. Nicht gleichgiltig ist der durch die Operation geschaffene anticipirte Klimax und hie und da auch psychische Veränderungen.

Chrobak hat schon früher einmal sehr schwere Bedingungen für die Indication der Operation aufgestellt und operirt nur, wenn es die unbedingte Nothwendigkeit erheischt und mehrere der conservativen Heilmethoden ohne Erfolg geblieben sind, da selbst in den verzweifeltesten Fällen die Heilkraft der Natur zu einem günstigen Ziele führen kann.

Zu diesen Indicationen gehören Adnexgeschwülste, deren Inhalt Eiter ist (Pyosalpinx, Ovarialabscess), Einbeziehung der Adnexe in die Bildung der Abscesswand, Achsendrehung der Tube, Incarceration, Hämatosalpinx bei verschlossenem Uterus, Blutungen, denen andere Mittel nicht gewachsen sind. Besonders schwer ist die Complication eines Pyosalpinx mit Perforation in das Darmrohr, was allerdings nicht häufig ist, da Schauta unter 216 Fällen nicht einen einzigen aufweist, während Vortragender im Ganzen 9 unter seinen Fällen verzeichnet; von diesen kamen 4 an der Klinik, 5 in der Privatpraxis vor. Besonders schwer gestaltet sich dann die Schliessung des Darmes. Chrobak erklärt sich ferner auch mit der Anschauung Schauta's einverstanden, in jenen Fällen,

wo der Tubensack Staphylo- oder Streptococcen enthält, vom Schlusse der Bauchhöhle abzusehen und die Drainage vorzunehmen.

Gegenüber der Massage muss man sehr vorsichtig sein, besonders wenn eine Andeutung einer Sackbildung vorliegt; allerdings zeigt sie oft sehr schöne Erfolge.

Auf die ausgeschickten Fragebögen antworteten von den letzten 106 operirten Fällen (von denen 5 gestorben sind) im Ganzen 48, und zwar folgendermassen:

1. Subjectives Befinden? = 8 gut, 34 gebessert, 3 unverändert.

2. Arbeitsfähigkeit? = 26 arbeitsfähig, 16 gebessert, 6 arbeitsunfähig.

3. Ernährungszustand? = 29 gebessert, 1 gleichgeblieben, 13 abgemagert.

Von den 40 von ROSTHORN publicirten Fällen sind nach der ersten Forschung 2 im Anschlusse an die Operation gestorben, 20 geheilt, 13 gebessert, 4 ungeheilt, von 1 Falle fehlt jede Nachricht. Bei der jüngsten Forschung haben nur 30 Nachricht gegeben, und zwar 19 vollkommen geheilt, 4 gebessert und 4 ungeheilt, 3 gestorben. Es muss daher angenommen werden, dass sich mit der Zeit die Erfolge bessern, und zwar kommt auch viel auf den Wegfall der menstrualen Function. Mehr als die Hälfte der Fälle gibt einen vollen Erfolg — ein Resultat, welches mit dem von SCHAUTA erhaltenen nicht stimmt, wohl aber mit dem Anderer. Freilich ist es möglich, dass dieses Resultat verschoben wird durch Fälle, die keine Nachricht von sich geben. Jedenfalls ist der Erfolg als ein idealer zu betrachten.

Prof. SCHAUTA: Die Sterblichkeit bei Pyosalpinx sei so klein, dass man glauben könnte, derselbe sei eine wenig gefährliche Erkrankung. Aber die damit behafteten Frauen können sich einer vollkommenen Euphorie erfreuen; tritt dann die Ruptur ein, so kommen die Erscheinungen der Perforationsperitonitis so rasch, dass die Frauen nicht transportfähig sind und oft schon nach 2 Tagen sterben, so dass wenig solche Fälle ins Spital kommen. Die anatomischen Veränderungen allein geben für SCHAUTA nicht die Indication zur Operation ab, sondern in Combination mit sehr schweren Symptomen. In vielen Fällen sind schwere Störungen des Centralnervensystems vorgekommen und es sei leicht möglich, dass ein causaler Zusammenhang desselben mit dem Genitale besteht. Die Pyosalpinxoperation soll nicht zu weit hinausgeschoben werden, da sich mit der Zeit die Chancen verschlechtern. Massage wendet SCHAUTA nur im Beginne der Erkrankung an.

Auf seine Fragebogen konnte SCHAUTA bei 213 Ueberlebenden nur von 121 etwas erfahren: 100 antworteten in vollständig günstigem Sinne, bei 17 war kein vollständiges Verschwinden der Symptome, 4 waren ungeheilt. Jedenfalls fordern diese Resultate auf, diese Operation weiter zu verfolgen. *Dr. Em. Mandl.*

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 6. November 1893.

***Prof. Englisch**: Demonstration eines neuen Apparates zur Blasenausspülung.*

Der demonstrirte Apparat besteht aus einem Katheteransatze, sowie zwei weiteren unter einem rechten Winkel gebogenen Ansätzen, deren gemeinschaftliches Abflussrohr mit einem nur um 90° drehbaren Hahn in Verbindung steht. Dieser kann so gedreht werden, dass er ein Rohr verschliesst, indem er in das andere einen freien Zufluss gestattet. Die Menge der zu injicirenden Flüssigkeit wird nach einem graduirten Reservoir bestimmt. In der Privatpraxis kann man sich eines graduirten, an einem Halbliterglase angeklebten Papierstreifens bedienen. Der Apparat gestattet es, unter einem gleichmässigen Drucke die Flüssigkeit einfliessen zu lassen: auch wird der Lufteintritt in die Blase verhindert, dem ENGLISCH überdies keine allzu grosse Bedeutung beimisst. Ausserdem ist der Apparat so einfach und so leicht zu regieren, dass man ihn getrost jedem Patienten in die Hand geben kann.

Besondere Dienste leistet derselbe bei der chronischen Harnverhaltung, bei welcher, soll es nicht zu einer bedeutenden Hämaturie und Hyperämie mit nachfolgender Cystopyelitis kommen, die Blasenentleerung besonders vorsichtig vorgenommen werden mus. ENGLISCH entleert in solchen Fällen die Blase in der Weise, dass er 300 *ccm* abfliessen lässt, um sogleich 150 *ccm* nachzufüllen; dies wiederholt er so lange, bis die Blase entleert ist. Der Katheter wird dabei einmal eingeführt und liegen gelassen. Es genügt, wenn sich das die Injectionsflüssigkeit enthaltende Reservoir ca. 3 Fuss über der Horizontalebene des liegenden Patienten befindet.

* * *

***Prof. Dr. Ed. Lang**: Beleuchtung der successiven oder chronisch-intermittirenden Behandlung der Syphilis.*

Die von ALFRED FOURNIER in Paris inaugurirte chronisch-intermittirende Behandlung der Syphilis hat, nachdem sie ihren Ausgangspunkt von Frankreich genommen, fast überall Anhänger und Lobredner gefunden, ja es scheint, dass diese Methode in immer weitere Kreise dringt. FOURNIER geht von der Vorstellung aus, dass eine chronische Krankheit auch einer chronischen Behandlung bedürfe; er will den Krankheitserscheinungen vorgreifen und nennt daher seine Methode eine Präventivbehandlung, allerdings nicht im idealsten Sinne, da oft nach langen Jahren bei fortgesetzter Cur schwere Recidiven auftreten können. Während aber FOURNIER im Anfange seiner Publikationen eine Cur von nur 9—10 Monaten für genügend erachtete, um die Recidiven zu verhindern, kommt er im Laufe der Zeit, quasi durch Selbstlicitation dazu, die Behandlungsdauer von 2 auf 4 und endlich sogar auf 6 Jahre auszudehnen. Der Kranke erhält demnach mit Einhaltung einzelner Pausen, nach FOURNIER durch 3 Jahre Mercur, durch 2 Jahre Jod und endlich alternirend Jod und Mercur. Fragen wir aber nach den Resultaten der FOURNIER'schen Behandlungsmethode, dann muss man dieselben, wenn man objectiv vorgeht, für höchst verderblich halten. Es ist ferner auch nicht zu übersehen, dass der Verlauf der Syphilis bei verschiedenen Individuen verschieden ist, und diese daher in jeder Phase zur Ausheilung kommen kann.

FOURNIER stellt in mehreren Tabellen eine Statistik zusammen, welche zu Gunsten seiner Behandlungsmethode sprechen soll. Nach einer Tabelle sollen die tertiären Erscheinungen durch die Behandlung seltener werden und ebenso die Cerebrallues sich verringern. LANG weist nun nach, dass FOURNIER dieser Beweis auf Grund seiner Tabellen nicht gelungen sei. FOURNIER selbst verschweigt nicht, dass viele Luetiker selbst bei der correctesten Einhaltung seiner Methode oft recht bald an schweren Recidiven erkranken.

LANG bemerkt, dass es unter der von FOURNIER vorgeschlagenen Behandlung viel früher zum Ausbruche schwerer Recidiven kommt, als bei anderen Methoden, die nervösen Erscheinungen, die Schlaflosigkeit, die Dyspepsie als Begleiterscheinungen der mercuriellen Behandlung sind Jedem zur Genüge bekannt und der verschlimmernde Einfluss dieser Therapie in die Augen springend.

Die von FOURNIER am ersten internationalen dermatologischen Congresse zu Paris vorgelegte Tabelle, aus welcher hervorgeht, dass gerade in den ersten 3 Jahren der Behandlung die schwersten tertiären Formen beobachtet werden, spricht am allerwenigsten für die Präventivcur ebensowenig wie die horrende Zahl von Nervensyphilis, wie sie derselbe beobachtet haben will, indem bei ihm fast jeder 3. Mann an derselben leidet, fast jeder 4. Mann, wenn man die Tabes, sowie andere Nervenkrankheiten, die FOURNIER durch Syphilis bedingt hält, ausschliesst. Es regt auch ferner zum Nachdenken an, wenn man erfährt — und wie dies FOURNIER selbst zugesteht — dass man oft nach einer einmaligen Behandlung dieselben gleich günstigen Resultate erzielen kann wie mit der chronischen Behandlung.

Das rasche Anwachsen der tertiären Formen in den ersten Jahren der Behandlung dürfte wohl seine Ursache darin haben, dass die präventive Behandlung schon sehr früh zu Ausbrüchen schwerer Syphilisformen disponirt und dies trifft auch bei den meisten Fällen FOURNIER's zu. Die Erwartungen, welche FOURNIER auf seine Behandlungsmethode gesetzt hat, haben sich keineswegs erfüllt, ja noch mehr, die zahlreichen Nervenaffectionen sind mehr auf Rechnung der Therapie als der Krankheit zu setzen.

Die Reinfection, welche den Beweis liefert, dass die Syphilis eine heilbare Krankheit ist, und welche den Massstab für den Werth einer Behandlungsmethode abgibt, hat FOURNIER in keiner Weise für seine Methode verwerthet.

Oft kommt man in die Lage, Kranke zu behandeln, welche durch Jahre hindurch die eingreifendsten Curen durchgemacht haben und bei denen die eingetretenen Recidiven zu einer specifischen Cur einladen würden, da aber deren Körper durch die vorausgegangene grosse Jod- und Quecksilberzufuhr für diese Mittel bereits abgestumpft ist, so muss man von der Therapie in einem Augenblicke abstehen, wo der Patient dieselbe gerade dringend benöthigen würde. Vortragender schliesst mit den Worten: die FOURNIER'sche Methode bringt für den Syphilitiker dieselbe Gefahr, wie der bewaffnete Friede für den Staat, welcher den Krieg fernhalten will. Das syphilitische Gift soll durch die eindringenden Mittel unschädlich gemacht werden, der Körper derselben erhält aber durch dieselben eine solche Alteration, dass eventuelle Recidiven für ihn verhängnissvoll werden können.

Discussion. Doc. Dr. FINGER: Die Statistik FOURNIER's ist weder pro, noch contra zu benützen, da sie kein Percentualverhältniss aufweist. Doch die Thatsache, dass bei der intermittirenden Behandlung die tertiären Erscheinungen in den ersten drei Jahren häufiger auftreten als anderswo, beweise nichts gegen dieselbe, da dies nach dem Ausspruche hervorragender Forscher auch bei der symptomatischen Behandlung der Fall sei. Von den nervösen Erkrankungen, die FOURNIER anführt, müsse man einige abziehen, die nicht auf Rechnung der Syphilis kommen. Die Dyspepsien finden sich bei den Franzosen häufiger als sonst, da dieselben das Mercur meist nur intern verabreichen. Diese Erfahrung spreche nur gegen die alleinige interne Applicirung.

Da Fälle bekannt sind, in denen sich Patienten mit schweren tertiären Erscheinungen inficirt haben, so sei die Reinfection nicht immer beweisend für die Heilung von Syphilis.

Dass leichte secundäre Erscheinungen oft von raschen und schweren Recidiven gefolgt sind, hat wohl seinen Grund darin, dass man die Behandlung dem leichten secundären Stadium adaptirt hat. Sicher ist es, dass die tertiären Erscheinungen bei nicht behandelten Fällen in einem grösseren Percentverhältnisse auftreten, als in behandelten Fällen. Die Recidiven, welche nach 3—4 Jahren auftreten, beweisen, dass aus dem Organismus durch die Behandlung nicht das ganze syphilitische Virus eliminirt wurde und dass der zurückgebliebene Rest sich mit der Zeit vermehrt und so Recidiven herbeigeführt hat. Der aus dieser Thatsache sich logischerweise ergebende Gedanke, continuirlich durch 3 Jahre die Behandlung fortzusetzen, ist nicht realisirbar, weil 1. der Organismus eine so grosse Anhäufung von Mercur nicht verträgt und daher gewisser Pausen bedarf, um dasselbe zu eliminiren und 2. weil sich der Körper mit der Zeit gegen das Mittel abstumpft. In jedem einzelnen Falle muss daher individualisirt werden und die Therapie resp. die Menge des einzuführenden Mercurs, sowohl der Schwere der syphilitischen Erscheinungen, als auch der Constitution des Kranken angepasst werden. Unter dieser Behandlungsmethode, die FINGER bereits mehrere Jahre übt, bekam er nur selten hereditäre oder tertiäre Erscheinungen, Abortus nie zu sehen.

Prof. GERSUNY bemerkt, dass viele luetische Leiden chirurgischen Krankheiten ähnlich sehen und daher dem Syphilidologen entgehen. Die Thatsache, dass die Syphilis später ausbricht, erkläre er sich dadurch, dass es vielleicht eine Form derselben gibt, die nicht im Körper circulirt, sondern analog den tuberkulösen Drüsen an einem Orte eingekapselt ist, um bei Gelegenheit auszubrechen.

Doc. Dr. EHRMANN erklärt sich mit der Annahme GERSUNY's, sowie mit den Ausführungen FINGER's einverstanden, nicht aber mit denen LANG's. Schlechte Erfahrungen habe er mit der Präventivbehandlung nur bei herabgekommenen Individuen (Scrophulose, Potus, Anämie u. dgl.) gemacht. Besonders anzurathen sei sie bei extragenitalen Sclerosen, weil sie sowohl die Behandlungsdauer, als auch die gesellschaftliche Stigmatisirung abkürzt. Leiden, die im Gefolge der Präventivcur vorkommen, treten wohl auch bei anderen Erkrankungen oder gar spontan auf (Fall von Mittelohrsclerose) und man sei gerne geneigt, solche der intermittirenden Behandlung zuzuschreiben. Die Jodbehandlung dagegen, welche zu Atrophie der Drüsen führt, könnte wohl auch eine Bindegewebsneubildung, z. B. im Rückenmarke bedingen. Die intermittirende Behandlung ist die beste uns bis jetzt zur Verfügung stehende Methode, doch darf sie nicht allein auf den internen Gebrauch beschränkt, sondern muss im Sinne FINGER's den jeweiligen Umständen accomodirt werden.

Prof. LANG stellt die Harmlosigkeit des Mercur auf das Centralnervensystem, wie immer es auch eingeführt werden mag, in Abrede, zumal es den Darm schädigt und eine Anhäufung desselben im Organismus nicht so leicht verhindert werden kann. Die extragenitalen Affectionen seien meist das Product einer schon längere Zeit im Körper hausenden Syphilis und es könne daher von einer Präventicur nicht gut die Rede sein. Mit seinem heutigen Vortrage habe LANG nur den Zweck verfolgt, auf die Bedenklichkeiten der chronischen Behandlung hinzuweisen und die Beweismittel FOURNIER's für dieselben auf ihren wahren Werth zurückzuführen.

(Fortsetzung der Discussion in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 8. November 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Kahane stellt einen Fall von kaltem Abscess vor, welcher nach MOSETIG mit Teucrin behandelt wurde. Die Eiterung hat gänzlich aufgehört und es blieb nur eine Fistel übrig, die nicht zuheilen will, sowie jede andere Fistel, welche vom Knochen ausgeht. Geheilt ist der Fall insoferne, als keine Secretion mehr stattfindet.

SPIEGLER findet es hier nicht berechtigt, von Heilung zu sprechen, dies könne erst der Fall sein, wenn die Fistel vollkommen geschlossen und die Secretion versiegt ist.

BUM bemerkt, dass MOSETIG ein grosses Gewicht darauf lege, dass bei seiner Behandlung die pyogene Abscessmembran zur Abstossung gelange, und aus der Fistel sich nur seröser Inhalt entleert. Es liesse sich darüber streiten, ob man einen solchen Fall als geheilt betrachten soll.

* * *

Docent Dr. Schiff stellt ein kleines Kind mit einer Sclerose am Urethalrande vor, die als eine frisch acquirirte zu bezeichnen ist; die benachbarten Inguinaldrüsen sind geschwellt, am Anus finden sich suspecte Affectionen. Dies komme hier und da bei der Circumcision mit inficirten Instrumenten vor. Da aber eine solche hier nicht vorliegt, so ist der Fall von forensischem Interesse, weil sich Derjenige, der die Infection verschuldet hat und nach dem gefahndet wird, zu verantworten haben wird. Die Eltern des Kindes zeigen keine specifischen Krankheitssymptome.

* * *

Dr. Bauer demonstrirt einen Fall mit einer spastischen Spinalparalyse. Der Patient bewahrt eine starre Haltung; die Fussknöchel fest aneinander gepresst, Reflexe äusserst erhöht, Blasen- und Mastdarmstörungen nicht vorhanden, Sensibilität normal. Polyurie. Vor 12 Jahren acquirirte Patient eine schwere Luës. Im Sinne OPPENHEIM's wäre der Fall als Meningomyelitis syphilitica zu bezeichnen.

NOBEL bemerkt, dass sich ähnliche Affectionen nicht selten in unmittelbarem Anschlusse an eine luëtische Infection anschliessen und berichtet über einen ihm bekannten Fall, bei dem eine sechswöchentliche antiluëtische Behandlung eine wesentliche Besserung erzielte. Leichte Sensibilitätsstörungen waren vorhanden.

ERBEN äussert sein Bedenken darüber, dass es sich hier um eine Meningomyelitis syphilitica handelt.

* * *

Dr. Bickeles demonstrirt einen Patienten, bei dem sich an beiden oberen Extremitäten ein Ausfall in der Motilität in der Weise bemerkbar macht, dass weder die Abduction noch die Adduction der Finger möglich ist. Keine Atrophie. Rechts ist die Affection stärker als links. Elektrische Erregbarkeit normal. Bedeutender Ausfall der Schmerzempfindung, so dass Stiche an der unteren Körperhälfte bis in die Höhe des Nabels nicht gespürt werden;

links ist dies auffallender als rechts. Ausfall der Temperaturempfindungen an einzelnen Stellen. Rechts bedeutender Fussklonus. Der Gang ist spastisch und unsicher. Syringomyelie ist auszuschliessen. Die Erkrankung trat plötzlich vor 2 Monaten nach einem Sturze ein. Es dürfte sich hier um eine Hämatomyelie handeln.

* * *

Dr. Spitzer demonstrirt einen 17jährigen Burschen, welcher in seinem 4. Lebensjahre an Fraisen erkrankte, und dann an epileptiformen Krämpfen mit Schwund des Bewusstseins litt, denen auch eine Aura voranging. Spricht der Patient, so beginnt er zu stottern, wirft die Schultern zurück und springt einige Schritte nach rückwärts. Wiederholt Patient das gesprochene Wort noch einmal, so ist das Stottern nicht so stark. SCHRÖTTER bezeichnet den Fall als Fussstottern. Es handelt sich hier um einen generalisirten Fall von Tic convulsif.

HOCK spricht sich gegen die Diagnose Tic convulsif aus, da solche Patienten die einzelnen Worte nicht wiederholen, wie es bei dem demonstrirten Patienten der Fall sei. Es können ähnliche Symptome auch bei Sclerose en plaques vorkommen.

SCHLESINGER widerspricht der Anschauung HOCK's, da weder die Sprache des Patienten scandirend, noch die Patellarreflexe erhöht sind. Beim Tic convulsif treten Zuckungen auf, welche die Muskeln immer in derselben Reihefolge befallen, was in dem vorliegenden Falle wirklich zutrifft.

* * *

Dr. Weidenfeld: *Ueber intermittirende Albuminurie*

Vortragender hält die sogenannte physiologische Albuminurie, wie die transitorisch physiologische und sogenannte intermittirende Form der Albuminurie als zu einer Gruppe gehörig, da diese Formen vielfach in einander überzugehen vermögen.

Er definirt die intermittirende Albuminurie als das Auftreten von Eiweiss im Harn in regelmässigen Intervallen und Wiederverschwinden aus demselben. — Der vorgestellte Fall, eine Patientin, die an Hysterie und Asthma leidet, gleicht, nach seinen Eiweissausscheidungen zu schliessen, ganz denen, die bisher als intermittirende Albuminurie beschrieben wurden. Nach längerem Eingehen auf die Differentialdiagnose der pathologischen und physiologischen Albuminurie, muss auch bei diesem Falle diese Albuminurie als physiologisch — nach der landläufigen Ansicht über physiologische Albuminurie — angesehen werden.

In weiterer Folge kommt aber Redner zu einer anderen Auffassung. Die Experimente, die Redner an Patientin angestellt, ergaben, dass man bei derselben die Eiweissausscheidungen in Zusammenhang zu bringen hat mit ihrem Leiden, das auch hier, wie in den bis nun beobachteten Fällen, eine Erkrankung des Nervensystems ist. Die Intensität dieser Erkrankung gibt auch den Massstab für die Auffassung der Albuminurie als einer schweren oder leichten Erkrankung ab. Redner glaubt daher auch alle anderen sogenannten physiologischen Albuminurien in einen ähnlichen Zusammenhang mit dem Nervensystem zu bringen, eine Annahme, deren Berechtigung er in den Uebergängen der einzelnen Albuminurien zu einander zu finden glaubt.

Die physiologische Albuminurie bei Soldaten sieht er als auf ähnlichen Ursachen beruhend an, nur müssen bei der erhöhten Gesundheit dieser die Impetus auf das Nervensystem stärker sein. Je afficirter dieses ist, desto leichter wird dieser Reflexvorgang der Albuminurie ausgelöst. Dagegen nimmt die intermittirende Albuminurie die höchste Spitze in der Reihe der physiologischen ein, da bei ihr geringe Einflüsse schon eine Albuminurie bewirken können, wie Bettaufsetzen etc., was als ein Hinüberneigen zur pathologischen, oder selbst als pathologische Albuminurie angesehen werden muss.

Redner kann nach seinen jetzigen Untersuchungen nichts über den Nerveneinfluss aussagen, doch glaubt er Circulationsstörungen als nächstes Moment für die Albuminurie schlechtweg läugnen zu müssen, da in seinem Falle Circulationsstörungen gesetzt wurden und der Nachtharn nach den asthmatischen Anfällen eiweissfrei gefunden wurde.

Discussion. Prof. KRAUS reiht die intermittirende Albuminurie in die Gruppe der persistirenden Albuminurie ein, da es Fälle von jahrelanger Dauer mit demselben Cyclus gibt. Die für dieselben geforderten Schwankungen, sowie der ungetrübte Gesundheitszustand sei nicht massgebend, da einerseits alle Albuminurien gewisse Schwankungen zeigen (Schrumpfniere), welche sowohl abhängig als unabhängig von der Harnsecretion sein können, und andererseits viele Menschen mit schweren Nierenleiden, anscheinend ganz gesund herumgehen gehen können.

Eine stricte Definition der intermittirenden Albuminurie ist nicht möglich; will man zu einem halbwegs befriedigenden Resultate der Frage kommen, dann muss man sich an die geschichtliche Entwicklung der Frage halten. Zuerst müssen alle transitorischen Albuminurien ausgeschlossen werden; die intermittirende Albuminurie ist aber nicht etwas transitorische, sondern bleibende. Desgleichen muss die Albuminurie des Fötus und des Säuglings ausgeschlossen werden. Die Beobachtung hat ferner gezeigt, dass die intermittirnde Albuminurie besonders häufig vom 14. bis zum 24. Lebensjahre, also bei wachsenden Personen vorkommt. Es frägt sich, ob nicht etwa der vegetative Einfluss diese Form der Albuminurie beeinflusst, da sich bei solchen Personen oft Anämie, gesteigerte Herzthätigkeit, sowie überhaupt neurasthenische Beschwerden einstellen.

Für gewöhnlich sind es die Nucleoalbumine, welche im Harn auftreten, wenn sich in den Geschlechtswegen des Mannes oder des Weibes irgend welche irritativen Vorgänge zeigen. Die früheren Forschungen sind nicht von grossem Belang, da es erst in jüngster Zeit gelungen ist, die Globuline von den Nucleinen zu trennen.

Die Behauptung, dass bei der intermittirenden Albuminurie der Harn von ganz anderer Beschaffenheit sei und ihm das Sediment fehle, ist nicht richtig, da man mit der Centrifuge ein solches, selbst mit hyalinen Cylindern erzeugen kann.

Die Albuminurie gilt immer als ein gefürchtetes Symptom; es finden sich bei ihr immer mehr pathologische als physiologische Symptome. Sie kann nach einer Nephritis zurückgeblieben sein, oder in eine solche übergehen. Nie ist das pathologische Moment aus dem Auge zu lassen. (Fortsetzung der Diskussion in der nächsten Sitzung). *Dr. Em. Mandl.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

Allgemeine Sitzung.

Prof. Dr. Adolf Strümpell. (Erlangen): *Ueber die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkte aus.*

(Schluss.)

Allein, seine wesentliche und weit bedeutungsvollere Einwirkung entfaltet der Alkohol erst, wenn er in die Circulation aufgenommen ist und nun in unmittelbare Berührung und Wechselwirkung mit den Gewebszellen der verschiedenen inneren Organe tritt. Gleich nach seiner Resorption sind die in der Peripherie der Leberläppchen gelegenen Zellen die ersten, welche von dem alkoholhaltigen Blut der Pfortader-Capillaren umspült und einer toxischen Beeinflussung daher direct ausgesetzt werden. Es gibt wenige krankhafte Processe, an welchen wir den Vorgang des primären Zelltodes im eigentlichen Organgewebe durch eine unmittelbare chemische Schädigung mit allen ihren in dem widerstandskräftigeren interstitiellen Stützgewebe sich abspielenden Folgezuständen so klar übersehen können, wie bei der alkoholischen Lebercirrhose. Diese war auch überhaupt eine der ersten Krankheiten, deren Entstehung durch chronische Alkoholvergiftung selbst einer noch ätiologisch ungeübten ärztlichen Beobachtung auffallen musste. Doch ist die praktische Bedeutung der Lebercirrhose im Verhältniss zu den gleich nachher zu besprechenden Krankheitszuständen gering, da auch sie, wenigstens in ihren entwickelteren Formen, in der Regel nur durch die Einwirkung concentrirterer Alkohol-Lösungen, und daher bei der grossen Masse der Biertrinker im Ganzen nur selten auftritt. Welche Häufigkeit sie im Uebrigen annehmen kann, beweist eine Mittheilung aus dem Leipziger pathologischen Institut, wonach dort typische Lebercirrhose bei nahezu 3 Procent aller zur Section kommenden männlichen Leichen gefunden wird.

Diejenigen Organveränderungen, welche meiner ärztlichen Erfahrung und Ueberzeugung nach bei weitem in erster Linie genannt

werden müssen, wenn von dem schädlichen Einfluss der alkoholischen Getränke auf unsere Gesundheit die Rede ist, sind die Erkrankungen des Herzmuskels und seiner nervösen Apparate, die Erkrankungen der Arterien und die Erkrankungen der Nieren. Die alkoholische Erkrankung der Arterien, die chronische alkoholische Endarteriitis, lässt sich jedoch praktisch nicht genau umgrenzen, da hierbei in Wirklichkeit meist die mannigfachsten Krankheitsursachen zusammen einwirken. Auch macht sich ihre klinische Bedeutung weniger in selbständigen Krankheitsformen, als in secundären Folgeerscheinungen geltend. Darum sind es vor allem die muskulären Herzleiden und die Nierenerkrankungen, deren ungemein häufiges Auftreten im Zusammenhange mit dem chronischen Alkoholismus meine Aufmerksamkeit seit Jahren auf sich gelenkt und mir durch eine lange Reihe trauriger Erfahrungen den Kampf gegen die ihnen zu Grunde liegende Ursache zur Pflicht gemacht hat.

Während die toxisch-alkoholische Entstehung der meisten bisher genannten Erkrankungen, wie insbesondere des Delirium tremens, der multiplen Neuritis, der Lebercirrhose u. a. längst allgemein anerkannt wird, ist die häufige Entstehung chronischer Herz- und Nierenleiden durch den fortgesetzten Alkoholgenuss eine meines Erachtens noch lange nicht genügend ins allgemeine Bewusstsein der Aerzte eingedrungene Thatsache. Und doch ist die praktische Bedeutung gerade dieser Formen des Alkoholismus — ganz abgesehen von ihrer Häufigkeit — eine so ungemein grosse, weil gerade sie keineswegs nur durch die concentrirten alkoholischen Getränke, sondern ganz vorzugsweise durch den anhaltenden unmässigen Biergenuss hervorgerufen werden. Darum sind es viel umfassendere Bevölkerungsschichten, bei denen diese Zustände beobachtet werden, keineswegs nur die ärmeren und geistig tiefer stehenden Classen unseres Volkes, sondern gerade die wohlhabenderen und gebildeteren Stände, vor Allem freilich, namentlich bei bei uns in Bayern, der durch Beruf und Geschäft zu der Brauindustrie in näherer Beziehung stehende relativ grosse Theil unserer Bevölkerung. Nichts ist vom ärztlichen Standpunkte aus falscher, als zu glauben, dass durch die zunehmende Verdrängung anderer alkoholischer Getränke durch das Bier der verderbliche Einfluss des Alkoholismus vermindert wird, dass letzterer seine Opfer vorzugsweise nur in denjenigen Länder findet, wo der Branntwein einem auf niedriger Culturstufe stehenden Volke seine Armuth und seine Noth vergessen helfen soll. Nein, gerade unter der täuschenden Maske eines scheinbar leichten wohlschmeckenden und dabei noch nahrhaften Genussmittels hat der Alkohol seinen verderblichen Eingang gefunden in Kreise, welche ihm sonst vielleicht ganz verschlossen geblieben wären. Während schon das Wort «Schnaps» in guter Gesellschaft ungern genannt wird, während man mit dem Begriff eines Branntweintrinkers überall den Gedanken an eine sittlich verkommene, ihrem geistigen und körperlichen Verfall sich unaufhaltsam nähernde Existenz verbindet, herrschen über den Biergenuss fasst allgemein in den unteren und den höchsten Schichten unseres deutschen Volkes Ansichten, welche jeder vernünftigen und vorurtheilslosen ärztlichen Einsicht zuwiderlaufen. Denn nicht nur die hundertfache Erfahrung sondern die einfachste Ueberlegung der thatsächlichen Verhältnisse lehrt uns, wie die unleugbar vorhandenen Vorzüge des Bieres gegenüber anderen alkoholischen Getränken leider reichlich aufgewogen werden durch die Nachtheile, welche der so häufige sinnlose Massengenuss dieses Getränks hervorruft. Hierdurch wird nicht nur der verhältnissmässig geringe procentische Alkoholgehalt in eine keineswegs bedeutungslose absolute Menge verwandelt, sondern noch ein zweites besonderes Moment hinzugefügt, nämlich die Einführung ganz hervorragend grosser Mengen von Flüssigkeit und von Nahrungsstoffen, welche sich meist zu der gewöhnlichen Nahrungs- und Wasseraufnahme noch hinzuaddiren.

Alle diese Momente spielen meines Erachtens ihre grösste Rolle bei der Entstehung der musculären Erkrankungen des Herzens, welche wir daher auch ganz vorzugsweise bei starken Biertrinkern beobachten. Die anatomisch hauptsächlich nachweisbare Veränderung ist dabei die Hypertrophie des Herzmuskels und zwar zunächst vorzugsweise am linken Ventrikel. Jede derartige Hypertrophie kann nichts anderes sein, als der Ausdruck und die Folge einer andauernd erhöhten Arbeitsleistung des Herzens. Welche Momente es aber sind, welche dem Herzen des starken Biertrinkers eine übermässige Arbeitslast aufbürden, lässt sich leicht nachweisen. In erster Linie ist es gewiss die grosse Wassermenge selbst, welche, ehe sie durch Nieren, Haut und Lunge wieder ausgeschieden wird, vom Blut aufgenommen und durch das Herz in Bewegung gesetzt werden muss. Welche Flüssigkeitsmengen aber bei starken Biertrinkern dem Kreislauf täglich zugeführt werden, ist wirklich zuweilen kaum glaublich. Schon eine tägliche Menge von 3—4 Liter d. h. 6—8 Pfund Flüssigkeit über das gewöhnliche Mass hinaus kann auf die Dauer nicht ohne Einfluss auf das Herz bleiben. Nach zahlreichen von mir angestellten Erkundigungen ist es aber, wenigstens bei uns in Bayern, durchaus keine Seltenheit, dass insbesondere die durch ihren Beruf der Versuchung zum starken Trinken ausgesetzten Personen Jahre lang fast unausgesetzt täglich 8—10 Liter d. i. 16—20 Pfund Flüssigkeit ihrem Körper zuführen. Von noch grösseren Mengen will ich hier gänzlich schweigen. Dass eine derartige Mehrbelastung des Kreislaufs um eine die normale mittlere Blutmenge fast um's Doppelte übersteigende Flüssigkeitsmenge zur Hypertrophie, dann aber zur vorzeitigen Erlahmung des Herzmuskels führen muss, ist nicht schwer verständlich. Daher bei uns in Bayern die Häufigkeit der sogenannten idiopathischen Herzvergrösserungen, wie sie zahlenmässig namentlich durch BOLLINGER und BAUER in München festgestellt ist und wie ich sie durch meine eigenen, wenn auch weniger umfassenden Beobachtungen durchaus bestätigen kann.

Die übermässige Flüssigkeitszufuhr zum Blut ist jedoch hierbei nur eine der mannigfachen Factoren, welche das Zustandekommen des hypertrophischen «Bierherzens» erklären. Daneben ist vor allem auch der Gehalt des Bieres an festen Nährstoffen in Betracht zu ziehen, zumal da es sich hier wieder um die grossen Gesammtmengen handelt. Bei einem Gehalt des Bieres von nur 5 Procent Extractivstoffen (die Münchener Biere enthalten nicht selten 6 Procent) repräsentiren 5 Liter Bier bereits eine Menge von 250 Gramm Kohlehydraten. Bedenkt man, dass der tägliche Gesammtbedarf an Kohlehydraten eines erwachsenen sich gut nährenden Mannes nur etwa 500 Gramm beträgt, so erkennt man sofort die bedeutende Vermehrung der Zufuhr von Nahrungsstoffen, welche der starke Biertrinker seinem Körper darbietet. Auch diese Ueberlastung des Blutes und der Gewebe mit Nährmaterial bringt eine Reihe schädlicher Golgeu mit sich, indem hierdurch das specifische Gewicht des Blutes dauernd erhöht, die Herzarbeit somit wiederum erschwert, verner wahrscheinlich ein vermehrter Reiz auf die kleinen Gefässe und dadurch eine neue Ursache arterieller Drucksteigerung hervorgerufen wird. Die Unfähigheit der Gewebszellen, das im Uebermass zugeführte Ernährungsmaterial völlig zu verbrauchen, führt zu der unnöthig grossen Aufspeicherung desselben und so entsteht jene allgemein bekannte Fettleibigkeit der Biertrinker, welche als solche ihrerseits wiederum eine neue Reihe die Circulation und die Athmung erschwerender Umstände mit sich bringt. Zu dem allen kommt nun schliesslich noch die specifisch-toxische Wirkung des Alkohols hinzu. Fünf Liter Bier enthalten mindestens 100—150 Gramm reinen Alkohols, welchem wahrscheinlich eine Hauptrolle bei der Entstehung der mit der Hypertrophie häufig verbundenen myodegenerativen und nervösen Veränderungen zukommt.

Vielleicht noch häufiger als die Affectionen des Herzmuskels sind die Nierenerkrankungen der Alkoholisten und zwar wiederum, wie ich nach meinen ärztlichen Erfahrungen hervorheben muss, keineswegs nur der Wein- und Branntweintrinker, sondern ganz vorzugsweise auch der Biertrinker. Auch hierbei wirken wahrscheinlich verschiedenartige Umstände in dem gleichen Sinne schädigend ein. Neben der zu starken Wasserdurchtränkung und Secretionsüberbürdung der Nierenepithelien ist wohl die grösste Bedeutung der specifischen Alkoholeinwirkung auf diese Epithelien selbst zuzuschreiben. Vom klinisch toxikologischen Standpunkt scheint mir die doppelte Form im Auftreten der Alkohol-Nephritis interessant zu sein. Am längsten bekannt und von den Aerzten allgemein anerkannt ist die ganz allmählich entstehende und langsam fortschreitende Epitheldegeneration der Nieren, welche ihren grob-anatomischen Ausdruck schliesslich in der Entwicklung einer so-

genannten **Nierenschrumpfung** (granulirte Niere) findet. Weniger allgemein bekannt, von mir aber wiederholt beobachtet ist die **acute alkoholische Nephritis**, acut in dem Sinne, dass hierbei die Summation lang fortgesetzter chronischer Intoxications-Wirkungen zu dem plötzlichen Ausbruch einer schweren Functionsstörung der Nierenepithelien führt. Wie die alkoholische Nephritis, so tritt demnach auch die alkoholische Nephritis zuweilen als scheinbar primäre acute Krankheit auf, obwohl ihre Entstehung von langem her vorbereitet ist und vielleicht erst eine anderweitige äussere Veranlassung — eine Erkältung oder dergleichen — den letzten Anstoss zu ihrem Auftreten gibt. Die acute alkoholische Nephritis ist im Gegensatz zu vielen infectiösen und anderen toxischen Nephritiden meist **nicht** hämorrhagischer Natur. Sie geht oft mit starker Oedementwicklung einher, kann rasch zum Tode führen oder in eine chronische Nephritis übergehen. Völlige Heilungen scheinen nur selten zu sein.

Bestimmte Zahlenangaben über die Häufigkeit der Herz- und Nieren-Erkrankungen bei Biertrinkern lassen sich nicht machen. Ich will auch gerne zugeben, dass man sich vor Uebertreibungen in Acht zu nehmen hat, da die Verhältnisse im einzelnen Fall oft complicirt und schwer zu beurtheilen sind. Oft wirken mehrere krank machende Schädlichkeiten zu gleicher Zeit ein. Allein, selbst bei völlig unbefangener Prüfung erscheint einem doch immer wieder die Menge des auf diese Weise durch Schuld, Leichtsinn und Mangel an Ueberlegung entstehenden Unglücks erschreckend gross!

Schliesslich muss ich noch auf eine vom klinisch-physiologischen Standpunkte aus besonders interessante Gruppe von Erkrankungen hinweisen, bei deren Entstehung ebenfalls der übermässige Genuss alkoholischer Getränke eine wichtige, wenn auch bis jetzt erst wenig verständliche Rolle spielt. Zu den zahlreichen bisher bekannten **hemmenden**, die normale Function der Organzellen **schädigenden** und **herabsetzenden** Giftwirkungen des Alkohols gehören auch gewisse Einflüsse auf den Ablauf der der **allgemeinen Stoffwechsel-Vorgänge**. Bekanntlich ordnen wir diese letzteren in drei grosse Hauptgruppen, je nach der chemischen Natur der drei hauptsächlichsten Arten von Nahrungsstoffen, welche dem Organismus zu seiner Erhaltung zugeführt werden müssen. Wir unterscheiden und untersuchen im einzelnen die chemischen Umsetzungen der Eiweisskörper, der Kohlehydrate und des Fettes. Dem entsprechend gibt es auch drei hauptsächlichste Anomalien des Stoffwechsels, je nachdem die Störung sich auf die eine oder die andere der drei genannten Gruppen von Nährstoffen bezieht. Die krankhafte Aenderung in dem Umsatz der Eiweisssubstanzen tritt uns unter den klinischen Erscheinungen der echten **Gicht** (der abnormen Harnsäurebildung, der Arthritis urica mit ihren zahlreichen Nebenerscheinungen) entgegen, die krankhafte Störung in der Verbrennung der Kohlehydrate bezeichnen wir als **Diabetes mellitus** (Zuckerharnruhr), während endlich die Anomalien des Fettumsatzes als krankhafte **Fettleibigkeit** und **Fettsucht** auftreten. Bei allen diesen genannten Krankheitszuständen handelt es sich um eine Herabsetzung, eine Hemmung und Unvollständigkeit der normaler Weise nothwendigen chemischen Umsetzungen. Den Grund hiervon müssen wir aber in letzter Hinsicht stets in einer Verminderung der chemischen Energie, der chemischen Leistungsfähigkeit gewisser bestimmter oder aller Organzellen suchen. Irre ich nicht, so kommen hierbei im wesentlichen zwei Factoren in Betracht: einmal angeborene, d. h. mit der von vornherein gegebenen Körperconstitution zusammenhängende Schwächezustände der Zellen, wodurch diese früher oder später nicht mehr im Stande sind, die ihnen zukommenden chemischen Aufgaben in genügender Weise auszuführen; sodann aber auch im Verlaufe des Lebens erst entstandene, d. h. durch äussere Schädlichkeiten erst herbeigeführte krankhafte Veränderungen der Zellen, welche in gleicher Weise die normalen Zellfunctionen beeinträchtigen. Zu der letztgenannten Gruppe von Schädlichkeiten gehören vor allem, wie zahlreiche klinische und toxikologische Erfahrungen uns gelehrt haben, die Einwirkungen ganz bestimmter chemischer Gifte. So ist z. B. das Auftreten einer echten typischen Gicht in Folge chronischer Bleivergiftung eine allgemein bekannte Thatsache, so kennen wir zahlreiche Gifte (Phloridzin u. A.), die zu einem künstlichen Diabetes führen, so lassen sich endlich mehrfache Thatsachen anführen zu Gunsten einer Beeinflussung des Fettumsatzes durch gewisse Gifte, wie z. B. Arsen, Phosphor u. A.

Für die uns hier interessirende Frage ist es nun besonders wichtig, dass eine aufmerksame klinische Beobachtung meines Erachtens mit grösster Wahrscheinlichkeit auch der chronischen Alkoholintoxication eine Reihe derartiger hemmender Einflüsse auf den Stoffwechsel zuschreiben muss. Von der **Gicht** (dem Podagra, «Zipperlein») ist es ja eine längst allgemein gewordene Anschauung, dass dieselbe besonders häufig — wenn auch freilich keineswegs immer — in Folge einer zu üppigen Lebensweise im Verein mit andauerndem reichlichen Alkoholgenuss entsteht. Von der abnormen **Fettleibigkeit** ist es ebenso allgemein bekannt, dass sie bei Trinkern und zwar Biertrinkern ganz vorzugsweise entsteht. Nun liegen hier natürlich die Verhältnisse insofern anders, als man selbstverständlich in erster Linie nicht dem Alkohol als solchem, sondern dem quantitativen Uebermass der zugleich zugeführten Nährstoffe die Hauptrolle bei der Entstehung der abnormen Fettleibigkeit zuschreiben wird. Bei genauerer Beobachtung und Ueberlegung lassen sich auch hier in gewissen Fällen Momente nachweisen, welche anscheinend deutlich auf eine **ungenügende Fettverbrennung** im Organismus hinweisen. Es wäre in der That meines Erachtens höchst wünschenswerth, durch genauere, bisher noch nicht ausgeführte Stoffwechseluntersuchungen nachzuweisen, in wie weit eine solche herabgesetzte Fähigkeit des Organismus, das ihm zugeführte oder in ihm gebildete Fett zu verbrennen, besteht und insbesondere durch den Einfluss chronischer Alkoholintoxication hervorgerufen werden kann.

In Bezug auf die dritte der oben erwähnten Stoffwechselanomalien, den **Diabetes mellitus**, muss ich auf Grund meiner eigenen klinischen Erfahrungen auf das Bestehen einer besonderen mit Alkoholismus zusammenhängenden Form ganz entschieden hinweisen. Ich rechne hierzu fast nur solche Fälle, welche den Aerzten unter der Bezeichnung «Diabetes der Fettleibigen» längst bekannt sind und welche ich ganz vorzugsweise bei übermässigen Biertrinkern und zwar, was ich besonders hervorhebe, wiederholt im Verein mit sonstigen ganz typischen alkoholischen Erkrankungen, so namentlich auch mit alkoholischer Polyneuritis beobachtet habe. Eine ganze Reihe interessanter klinischer Complicationen des Diabetes, wie z. B. ausser der schon erwähnten Fettleibigkeit und Polyneuritis mit chronischer Nephritis, mit echter Gicht, mit Lebercirrhose u. A. werden uns klarer und verständlicher, wenn wir auf diese Möglichkeit einer gemeinsamen **coordinirten** toxischen Entstehung der genannten Zustände mehr achten, als es bisher meist geschehen ist.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, Ihnen verehrte Anwesende, im Vorstehenden nur in flüchtigen und skizzenhaften Ausführungen einige der mir am wichtigsten erscheinenden allgemeinen Gesichtspunkte und ärztlichen Thatsachen in Bezug auf die Alkoholfrage angeführt zu haben. Jedenfalls schien es mir wünschenswerth zu sein, einmal vom rein ärztlichen Standpunkt aus ohne alle Nebenrücksichten die Frage genauer in's Auge zu fassen, in welcher Weise und in welcher Ausdehnung sich der schädliche Einfluss alkoholhaltiger Getränke auf unsere Gesundheit geltend macht. Ich weiss, dass bei der Beantwortung dieser Frage im Einzelnen noch vieles zweifelhaft ist und dass die Complicirtheit der thatsächlichen Verhältnisse auch hier nur zu leicht unser Urtheil erschwert und irreleitet. Allein, selbst wenn wir von zweifelhaften Beziehungen des Alkoholismus auch ganz absehen, glaube ich Ihnen im Vorhergehenden immer noch zur Genüge dargethan zu haben, wie gross das Gebiet gesundheitsschädlicher Wirkungen ist, welchen sich Tausende unserer Mitmenschen oft ahnungslos aussetzen. Wenn wir ferner bedenken, dass ausser den oben im einzelnen angeführten **schweren** Folgeerscheinungen des chronischen Alkoholismus selbstverständlich noch reiche **leichtere**, ihrem Wesen nach oft nur schwer deutbare Krankheitszustände aus entsprechender Ursache entstehen, dass der Alkoholismus ausserdem noch die mannigfaltigsten **secundären**, Folgen nach sich ziehen kann, so erscheint uns die Summe des gesammten durch den Alkohol angerichteten Uebels wohl gross genug um uns Aerzten als ernsteste Mahnung zu dienen, hier mit allen Kräften helfend einzugreifen. Wie manchen schwierigen und fast aussichtslosen Kampf müssen wir kämpfen theils gegen ganz unbe-

kannte und verborgene, theils gegen zwar bekannte, aber unseren Waffen gegenüber übermächtige Feinde. Hier aber kennen wir den Feind und seine Angriffsweise genau. Hat er erst einmal gesiegt, dann freilich ist der von ihm angerichtete Schaden oft nie wieder gut zu machen. Aber seine Abwehr ist im Grunde eine so leichte. Es gehört nichts dazu, als etwas Einsicht und fester Wille! Und da sollten wir die Gelegenheit, so unendlich viel Unglück zu vermeiden, nicht freudig ergreifen, und sollten müssig zuschauen, wie ein werthvolles Leben nach dem andern dem Gegner zum Opfer fällt?

Ich muss leider betonen, dass die Indolenz, mit welcher noch immer die Alkoholfrage häufig auch von ärztlicher Seite aus behandelt wird, kaum zu begreifen ist. Doch wird es hoffentlich anders werden, wenn erst die Kenntniss von den zahlreichen schädlichen Folgen der chronischen Alkoholintoxication noch viel lebhafter und eindringlicher den ärztlichen Kreisen zum Bewusstsein gekommen sein wird, wenn zahlreiche irrige Vorstellungen über die Unschädlichkeit, ja sogar über den Nutzen und die vermeintliche Heilkraft des Alkohols erst beseitigt sind. Vor allem wird es dann auf die hygienische Belehrung ankommen, welche der Hausarzt in den seiner Obhut sich anvertrauenden Familien ausüben soll. Dabei lege ich einen besonderen Werth auf das Verbot alkoholischer Getränke bei Kindern. Es ist kaum glaublich, mit welchem Leichtsinn und Unverstand schon bei kleinen Kindern die Angewöhnung an den Genuss alkoholischer Getränke durch die Erwachsenen eingeleitet und befördert wird. Vor nicht langer Zeit konnte ich in meiner Klinik eine alkoholische Polyneuritis bei einem 5 jährigen Gastwirthssohn beobachten, welcher nachgewiesenermassen täglich mehr als einen ganzen Liter Bier zu trinken erhalten hatte!

Ich schliesse mit dem Wunsche und der Hoffnung, dass auch bei den hier versammelten Aerzten meine Worte vielleicht nicht ganz ohne Wirkung verhallen und dann doch in etwas dazu beitragen werden, die Noth und das Elend der Welt zu vermindern. Das Gefühl des Unwillens über den Spott, welchen wir Alkoholgegner nicht selten von einer gedankenlosen Menge zu ertragen haben, schwindet vollständig, wenn man sich sagen kann, dass man thatkräftig und mit fester Ueberzeugung für eine gute und nützliche Sache eingetreten ist.

I. Sitzung der Abtheilung für Pharmakologie am 14. September.

Dr. F. Schilling (Nürnberg): *Ueber antagonistische Ausgleichung der Nebenwirkung einiger Arzneimittel.*

1. Redner verweist zunächst auf seine Abhandlung in Nr. 3 des ärztlichen Intelligenzblattes vom Jahre 1883, wonach die unangenehmen Erscheinungen von Hyperämie im Gehirn und Gehörorgane beim Gebrauche von Salicylpräparaten durch die gleichzeitige Darreichung von Mutterkorn aufgehoben werden. In 75 Procent einer grossen Reihe so behandelter Fälle sei jegliche Erscheinung von Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, Ohrensausen etc. ausgeblieben, so dass für ihn die prophylactische Wirkung des Secale gegen die toxischen Erscheinungen bei Einverleibung von Salicylsäure feststehe. Umgekehrt habe er in einem sehr schweren Falle von Ergotismus von Natrium salicylicum als Antidot gegen die Mutterkornvergiftungserscheinungen so vorzüglichen Erfolg gehabt, dass er nicht anstehe, dasselbe als Gegenmittel bei acuter Mutterkornvergiftung zu empfehlen. Er goss in den ausgeheberten Magen eines Patienten, der ein Secaleinfus von 10·0 : 150·0 auf einmal genommen und schwere Vergiftungserscheinungen bekommen hatte, 4 *gr* Natrium salicylicum; in 100 *gr* Wasser gelöst, ein, und nach kurzer Zeit waren sämmtliche Intoxicationserscheinungen verschwunden. Die Wirkung dieses Antidots erklärt Redner dahin, dass die durch das Mutterkorn zusammengezogenen und leer gewordenen Arterien des Gehirns, des Herzens etc. durch die eine Gefässhyperämie erzeugende Salycilsäure wieder reichlicher mit Blut versorgt würden, wodurch der normale Tonus der Arterien und in Folge hiervon der Status quo ante wiederhergestellt werde.

2. Redner nimmt an, dass in Folge seiner Mittheilung, in Nr. 52 des Jahrganges 1885 der «Münchener medicinischen Wochenschrift» das Amylnitrit allgemein als Antidot bei Cocaïnintoxication anerkannt sei. Umgekehrt habe er eine acute Amylnitritvergiftung mittelst einer Cocaïneinspritzung sehr rasch zum Verschwinden gebracht. Eine gesunde Dame, der wegen Hämikranie Amylnitrit ordinirt war, hatte etwa $2^1/_2$ *gr* davon auf's Kleid in der Brustgegend geschüttet. Kurz danach waren ernste Vergiftungserscheinungen aufgetreten: Heftiger Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen, verminderte Sehschärfe, Gelbsehen, taumelnder Gang etc. Eine schleunigst gemachte subcutane Injection von 1 *gr* einer fünfprocentigen Cocaïnlösung liess die Erscheinungen in wenigen Minuten schwächer werden, nach 15 Minuten vollständig verschwinden. — Vortragender nimmt an, dass das gefässverengernde Cocaïn die vom Amylnitrit erweiterten Blutgefässe des Kopfes schnell constringirte und somit die Erscheinungen der Amylnitritvergiftung auf antagonistischem Wege beseitigte.

3. Der bekannten Thatsache, dass das Chloroform auf das Herz ungünstig einwirkt, indem nach GASKELL und SHORE das Sinken des Blutdrucks während der Chloroformnarcose durch eine Erschlaffung der Herzbewegung bedingt wird, indem WINOGRADOFF eine Erkrankung der Herzganglien als Folge der Chloroformverwendung gefunden hat und überhaupt nach DJAKONOW Herzverfettung am häufigsten als Ergebniss der Section von in Chloroformsyncope Verstorbenen sich findet, suchte SCHILLING dadurch zu begegnen, dass er in einer Reihe von Fällen bei Leuten, die mit Klappenfehlern, Fettherz, chronischer Myocarditis etc. behaftet waren, vor der Chloroformnarcose zur Regulirung der ungenügenden Herzaction prophylactisch Digitalis gab; 2·0 : 180·0 in Infus zweistündlich 1 Esslöffel einige Tage vor der geplanten Operation hindurch. Nach Redners Erfahrung haben die betreffenden Patienten die Narcose, die zuweilen bis zu 2 Stunden dauerte, so vorzüglich überstanden, dass er diese prophylactische Medication gegen die Gefahren des Chloroforms dringend empfehlen zu sollen vermeint. — Resumirend empfiehlt SCHILLING Salicyl bei acutem Ergotismus, das Cocaïn bei Amylnitritvergiftung, sowie die Digitalis als Präservativ bei Chloroformnarcose bei Personen mit Herzaffectionen.

---

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Dr. Robert Barnes: *Antiseptische Geburtshilfe.*

Es wird am Platze sein, wenn die anwesenden Collegen ihre Erfahrungen betreffend einige der hauptsächlichen antiseptischen Massregeln und Agentien, die man jetzt als zuverlässig betrachtet, zum Ausdrucke bringen werden.

Dies wird zweckmässig auf die Art geschehen, dass wir die Massregeln besprechen, die man in der letzten Zeit in den Gebärkliniken angenommen hat. Diese Massregeln finden natürlich auch in der häuslichen Praxis ihre Anwendung:

1. Jede Kranke soll ein Zimmer für sich haben.
2. Das Zimmer, wenn es benützt wurde, soll vierzehn Tage leer stehen und einer Reinigung unterzogen werden.
3. Die Wände sollen angestrichen, nicht weiss gewaschen sein.
4. Für Luft und Sonne muss reichlich gesorgt sein.
5. Jod-, Brom-, Chlor- und Salzsäuredämpfe und Dämpfe von Untersalpetersäure erweisen sich als nützlich, um die Krankheitskeime zu zerstören.
6. Unter allen antiseptischen Agentien glaube ich, dass die zerstäubte Carbolsäure das beste Mittel sei. Diese soll während und nach der Geburt gebraucht werden.

Die diesbezüglichen Erfahrungen auf der britischen Gebärklinik sind speciell lehrreich. Seit 1881 gab es dort kein Puerperalfieber. Die Zahl der schweren Fälle, welche eine Operation erheischten, betrug 8 Procent. Die Todesfälle während vierzehn Jahren betrugen 1 : 176. Der Carbolspray bleibt fortwährend in Function, und Dr. BARR erzählt, dass TARNIER seit dem Besuche, den er dieser Klinik abgestattet hatte, dieses Verfahren von Dr. FRANCOURT BARNES in seiner «Maternité» in Anwendung gebracht hat.

Ich glaube, dass in dieser Zerstäubung der Carbolsäure, abgesehen von ihrer Eigenschaft, die Krankheitskeime zu sterilisiren,

noch ein anderer Vortheil liegt, nämlich, wenn die Carbolsäure inhalirt und dann vom Blute resorbirt wird, so wirkt dieselbe als ein Antidot oder als ein Correctiv jedem Gifte gegenüber, das sich im Organismus entwickeln kann, oder in denselben hineingebracht wurde. Während der Choleraepidemie des Jahres 1866 führte ich ein ähnliches Verfahren an Bord des Dreadnought ein, und ich glaube mit gutem Erfolge.

Es ist dies eine ausgezeichnete Art und Weise, präventive und active Mittel in Anwendung zu bringen.

Ein wichtiges Argument zu Gunsten der dampfförmigen oder Luft-Desinfection ist der Umstand, dass nicht bloss die Puerpera, sondern auch der Arzt und die Umgebung des Kranken an Leib und Kleidern desinficirt werden. Ein Moment, das von grosser Bedeutung ist, betrifft die Auswahl eines wirksamen und ungefährlichen Antisepticum. Ich führe hier eine Liste der gebräuchlichen wichtigsten antiseptischen Mittel an, die ich in folgender Art classificire:

1. Einfache Körper: Sauerstoff, Jod, Chlor, Brom Schwefel, Holzkohle, Quecksilber.

2. Mineralsäuren und Salze: Salpeter-, Chrom-, Bor-, Schwefel- und arsenige Säure; Chlorzink, Chlorkalk, schwefelsaures Eisen, salpetersaures Silber, salpetersaures Blei, Alaun und Jodkalium.

3. Organische Verbindungen: Acidum hydrocyanicum, Acidum tannicum, Acidum gallicum, Jodoform, Kampher, Chloral, Eucalyptol, Menthol, Theer, Theeröl, Salicylsäure, Tolu, Benzoin, Chinin, Aether und Carbolsäure.

Einige dieser jetzt aufgezählten Mittel können ohne Schaden ausser Acht gelassen werden. Die ausgewählten Mittel können auf drei oder mehr Arten gebraucht werden:

1. Aeusserlich in der Form von Gas oder Spray; zur Abspülung, um giftige Keime, welche die Puerpera befallen könnten, zu zerstören.

2. Sie können als Waschungen, Pulver oder Unguente in den Genitaltract hineingebracht werden, um die Entwicklung septischer Massen hintanzuhalten oder dieselben zu zerstören, wenn sie sich bereits gebildet haben.

3. Sie können als gewöhnliche Medicamente gebraucht werden, nämlich direct in den Organismus eingeführt, durch Inhalation, durch Absorption, durch die Haut, per os oder durch Injection in die Venen oder durch subcutane Injection.

Einige Mittel wirken in zwei oder mehr der genannten Arten. Welche von diesen sollen wir wählen? Diejenigen, bei welchen wir die meiste Erfahrung haben, sind Karbolsäure, Jod, Chlor, Quecksilber und Schwefel. Alle besitzen schätzbare Eigenschaften. Aber die erste Bedingung geht dahin, dass sie in passenden Fällen und in einer überlegten Art gebraucht werden sollen.

Wenn wir auch unwiderlegliche Beweise dafür haben, dass die Karbolsäure in verschiedenen Formen von hohem Werthe sei, so ist aber andererseits auch bekannt, dass, wenn sie in zu grosser Menge resorbirt wird, sie Hämoglobinurie und sogar den Tod bewirken kann. Kali chloricum wirkt bis zu einem gewissen Grade wie ein Heilmittel. Das Sublimat, welches von Tarnier so sehr gerühmt wird, und mit dem er und Andere so glänzende Resultate erzielt haben, hat auch seine Gefahren. Vergiftungsfälle in Folge des Gebrauches desselben sind nicht selten. Man kann es Hebammen und Krankenpflegerinnen kaum anvertrauen. Es ist dringend nothwendig, das man für die Concentration und für die Art seines Gebrauches definitive Regeln aufstellt.

Hofmeier und Anward haben gefunden, dass eine Complication mit Nephritis die Gefahr des Gebrauches des corrosiven Sublimats stark erhöhete. Jodoform in Pulver auf die Wunde applicirt, hat sich bisweilen als Gift erwiesen.

Terpentin, ein altmodisches Mittel, als intravaginale oder rectale Injection, ist ziemlich gefahrlos. Jod ist, wie ich glaube, das schätzbarste Antisepticum, im Verhältniss von 5 : 1000 Wasser. Eucalyptus wird, wie ich höre, in der Maternité in Glasgow gebraucht.

Die Discussion dieser und anderer verwandter Momente, die ich vielleicht nicht erwähnt habe, liegt nun in Ihren Händen. Ich bin überzeugt, dass diese Discussion an Thatsachen und Argumenten fruchtbar sein wird und die unvollkommene Art, auf die ich die mir zugefallene Aufgabe gelöst habe, mildern wird.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Malaria-Parasiten.

Auf Grund fremder und eigener Beobachtungen dargestellt von **Dr. Julius Mannaberg** (aus der I. medicinischen Klinik in Wien).

Der durch seine Arbeiten über die Malaria-Parasiten bereits bekannte Autor gibt in dem vorliegenden Werke eine erschöpfende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Malaria-Plasmodien-Frage. — Abgesehen von der klaren Diction und den vorzüglichen Abbildungen, gewinnt das Buch einen besonderen Werth dadurch, dass der Verfasser auf Grund seiner eigenen reichen Erfahrungen, die er in den südlichen Malariagegenden Oesterreichs zu sammeln Gelegenheit hatte, die ganze bisherige Literatur kritisch bespricht und ausserdem durch wichtige neue Funde über eine Reihe bisher unklarer Punkte Aufschluss bringt.

Das erste Capitel enthält eine historische Uebersicht, in welcher vor Allem auf die Priorität Laveran's gegenüber den Ansprüchen italienischer Autoren hingewiesen wird.

Was die Untersuchungstechnik anlangt (II. Capitel), empfiehlt Verfasser neben der Untersuchung des frischen Präparates und der Färbung mit Boraxmethylenblau, die von ihm angegebene Methode (Fixation mit Pikrinsäure, Eisenessig, Färbung in Hämatoxilin), bei welcher die Structurverhältnisse der Plasmodien sehr schön zum Ausdruck kommen.

Aus dem Capitel «Morphologie der Parasiten» sei als besonders interessant der Abschnitt über die Laveran'schen Halbmonde hervorgehoben, die Mannaberg auf Grund zahlreicher Beobachtungen als Copulationsformen (Syzygienbildungen) ansieht. Indem zwei amöboide Körperchen mit einander verschmelzen, entsteht ein Halbmond.

In der vielumstrittenen Frage, ob die bei den verschiedenen Formen der Malaria gefundenen Parasiten identisch sind, oder ob den einzelnen Fiebertypen verschiedene Species entsprechen, tritt Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen der letztgenannten Ansicht bei und theilt die Parasiten in folgende Gruppen ein:

I. Malaria-Parasiten ohne Halbmonde (i. e. ohne Syzygienbildung)

a) Quartanparasit
b) Tertianparasit

II. Malaria-Parasiten mit Halbmonden (i. e. mit Syzygienbildung)

a) pigmentirter Quotidianparasit
b) unpigmentirter Quotidianparasit
c) maligner Tertianparasit.

Zur Gruppe I. gehören die bei gutartigen Fällen vorkommenden Parasiten, während die in Gruppe II. angeführten den malignen Formen entsprechen.

Das Vorkommen von Halbmonden weist immer auf einen chronischen oder malignen Verlauf der Krankheit hin.

Für den Praktiker von besonderem Interesse ist das VI. Capitel, in welchem der Entwicklungsgang der verschiedenen Parasitenformen eingehend geschildert und an zahlreichen Beispielen gezeigt wird, dass man aus dem Blutbefunde allein den Typus erkennen, und den Zeitpunkt des nächsten Anfalles ungefähr voraus bestimmen könne.

Die letzten Abschnitte enthalten nebst Beobachtungen über Spontanheilung der Malaria und über die Chininwirkung eine Reihe wichtiger therapeutischer Angaben.

Das Buch, das dem Kliniker sehr viel Interessantes und Werthvolles bringt, wird für Jeden, der sich mit dem Gegenstande eingehender befassen will, unentbehrlich sein. *Dr. A. H.*

Lehrbuch der Augenheilkunde.

Bearbeitet von **Dr. Adolf Vossius,**
Professor in Giessen.
Mit 214 Figuren im Text und 1 Durchschnitt des Auges
2. vermehrte und verbesserte Auflage des «Grundriss der Augenheilkunde».
Verlag von Franz Deuticke, Leipzig 1893.

Der seinerzeit so beifällig aufgenommene Grundriss präsentirt sich in 2. Auflage entsprechend vergrössert als Lehrbuch. Wir wollen gleich vorweg nehmen, dass das Werk des Verfassers sich ebenbürtig den übrigen grossen Arbeiten über Augenheilkunde anreiht. Es ist vorwiegend der therapeutische Theil des Buches, den der Autor besonders gründlich, und den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, ausgeführt hat. Mit grosser Objectivität hat Verfasser dabei alle üblichen Methoden kritisch beleuchtet, um schliesslich aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen zu schöpfen, und besonders bewährte Verfahren zu empfehlen. So z. B. in der Trachomfrage. Verfasser hat während seines Aufenthaltes in Königsberg mehr Gelegenheit gehabt als irgend ein Anderer, die jedem Arzte so wichtige Krankheit zu studiren, und empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen entschiedenst die operative Behandlung, von der er nur Vortheile gesehen hat.

Die Krankheiten des Augenhintergrundes sind mit grossem Verständnisse behandelt, und insbesondere bei diesem Kapitel ist es die angenehme Schreibweise des Verfassers, das fortwährende Betonen der Beziehungen zwischen Auge und Gesammtorganismus, die die Lectüre zu einer anregenden gestalten.

Nicht der geringste Vorzug des Werkes sind die zahlreichen, wohlgelungenen Illustrationen des Buches, von denen namentlich die pathologisch-anatomischen Bilder hervorzuheben sind.

Das Werk wird sich gewiss in seiner neuen Form viele neue Freunde erwerben. *Dr. A. P.*

Gynäkologisches Vademecum für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. A. Dührssen.**
Berlin 1893.

Das Büchlein, das in dem verhältnissmässig kurzen Zeitraum von zwei Jahren nun schon in dritter Auflage erscheint, gehört sammt dem von uns bereits besprochenen geburtshilflichen Vademecum desselben Autors zu den besten dieser Art. Man kann freilich von einem Werkchen, das auf kaum 170 Klein-Octavseiten die ganze Gynäkologie behandelt, nicht eingehende Details verlangen — so finden sich z. B. nur die an GUSSEROW's Klinik üblichen Operationsmethoden — aber seinem Zwecke, den Studenten zum Besuche der gynäkologischen Klinik vorzubereiten, entspricht das Buch ebenso wie dem Bestreben, dem Bedürfniss des praktischen Arztes durch Beschreibung der kleineren Operationen, Technicismen und der Assistenz bei den gangbaren gynäkologischen Operationen Rechnung zu tragen. Die vorliegende dritte Auflage des hübsch ausgestatteten Buches ist durch einige Abbildungen und kleine Zusätze vermehrt worden. *Dr. W.*

La pratique des maladies des enfants dans les hopitaux de Paris.

Von **Paul Lifert.**
Paris J. B. Baillière et fils.

Das hübsch ausgestattete Büchlein ist unter der Mitarbeiterschaft von nicht weniger als 85 Primarärzten der Pariser-Spitäler entstanden. Weniger gross ist die Zahl der besprochenen Krankheiten, da, wie in der Vorrede gesagt wird, nur die alltäglich am Krankenbett sich darbietenden Fragen in Betracht gezogen wurden.

So haben wir über den Keuchhusten z. B. 11 verschiedene Abschnitte, — den einzelnen Aerzten entsprechend — deren jeder mit einer oder der anderen Abweichung dasselbe wie der vorhergehende enthält, während die Hautkrankheiten keinen Platz gefunden haben. Abgesehen von dieser Raumverschwendung ohne Vollständigkeit finden wir in dem kleinen Werk viel des Interessanten. Ausführlich und mit Rücksichtnahme auf die neuesten Forschungsresultate sind die hygienischen Fragen behandelt, während wir bei manchen der übrigen Kapitel nur die Ueberzeugung gewinnen, dass die Behandlungsprincipien der einzelnen Autoren sehr von einander abweichen, ohne dass uns einige Worte über die Motive in jedem Fall aufklären würden.

So enthält der Abschnitt Scoliose von SAINT GERMAIN nichts als die Worte:

«Seebäder sind Scoliotischen zu verbieten», während JULES SIMON nach vielen Contraindicationen gerade die Rhachitis — und diese ist doch wohl eine häufige Ursache der Scoliose — als durch Seebäder besonders günstig beeinflusst anführt.

Dies Ein Beispiel für viele.

Das «Manuel» erfüllt also wohl seinen Zweck für denjenigen, der sich für die Verschreibungsweisen der einzelnen Pariser-Autoren interessirt; — wer sich über die Therapie in den französischen Spitälern orientiren will, dem wird wohl ein einheitlicher gearbeitetes Buch, anzurathen sein, für das vorliegende gilt das nicht gerade Empfehlende: Multa, non multum. *Dr. O. R—.*

Zeitungsschau.

Dr. G. Wolzendorff (Wiesbaden): **Der Aderlass.** (Eine zeitgeschichtliche Skizze). (Deutsche Medicinalzeitung, Nr. 76, 1893.)

Mehr als zweitausend Jahre alt ist der Aderlass und doch ist bis heute der Kampf der Meinungen über ihn nicht entschieden. — Zu Zeiten misbraucht, zu anderen fast gänzlich verworfen, geräth er doch nie vollkommen in Vergessenheit, nur über das Mehr oder Minder kann keine Einigung erzielt werden. Die Indicationen, die in Deutschland gelten, sind im Wesentlichen folgende: Pneumonie unter besonders das Leben bedrohenden Umständen bei gefährlichen Hyperämien der Lunge, Capillarbronchitis mit beginnendem Lungenödem, Convexitäts-Meningitis mit sehr acutem Charakter bei kräftigen Personen, Endocarditis, wenn Lungenödem im Anzuge ist, Gehirnblutung bei kräftigen Personen und schliesslich die Lungenblutung bei hochgradiger Hyperämie der Lunge und kräftiger Herzthätigkeit.

Doch auch diese Indicationen bestehen mehr theoretisch; praktisch geübt wird der Aderlass auf deutschen Kliniken gar wenig.

Anders in Belgien, Amerika, Italien. Da hat der Aderlass zahlreiche und entschiedene Anhänger, die ihn nicht nur unter den früher genannten Umständen als ein lebensrettendes Mittel schützen, sondern auch als Heilmittel bei den verschiedensten entzündlichen Krankheiten empfehlen.

SCHUBERT (in Reinerz) erhielt auf eine von ihm erlassene öffentliche Aufforderung von 21 deutschen Aerzten Mittheilungen über ihre Erfahrungen mit dem Aderlass. Die Erfolge waren verschieden, doch scheinen sie im grossen Ganzen zu Gunsten desselben zu sprechen. — Venäsecirt wurde bei den verschiedensten Leiden.

Vortheilhaft erwiesen sich die Blutenziehungen bei entzündlichen Krankheiten, besonders Pneumonie, dann Pleuritis, Endocarditis, Meningitis, weiters bei verschiedenen Zuständen wie bei den Beschwerden des Klimacteriums, bei Kopfschmerzen, bei Influenza, bei älteren Beingeschwüren und totalem Eccem des Unterschenkels.

In neuester Zeit wurden Blutentziehungen bei der Behandlung der Chlorose empfohlen.

Diese Behandlungsweise der Bleichsucht ist nicht neu, sie wurde schon im 18. Jahrhundert vielfach geübt, doch gerieth sie in Vergessenheit, bis sie 1848 wieder von Oberstabsarzt DYES aufgenommen wurde, dem später WILHELMI (in Güstrow), SCHOLZ (in Bremen), SCHUBERT (in Reinerz) hierin folgten.

Die drei letztgenannten Autoren behaupten bei Chlorosis und zwar gerade bei den schwersten Fällen durch einen Aderlass oft ganz überraschende Erfolge gehabt zu haben.

Von Wichtigkeit ist der nach dem Aderlass auftretende Schweiss, der noch durch Diaphoretica unterstützt werden soll.

Die Operation selbst wird an dem im Bett liegenden Kranken ausgeführt und muss danach einige Tage Bettruhe bewahrt werden.

— Es werden 80—100 *gr* Blut entleert (nach DYES etwa 1 *gr* auf ein Pfund Körpergewicht). Die Blutentziehung kann nach 4, eventuell bei schwachen Personen nach 8 Wochen wiederholt werden. Die Cur wird durch Eisen und Bäder passend unterstützt.

Der Aderlass hat durch Verringerung der Blutmasse depletorische, derivatorische und auch bis zu einem gewissen Grade durch Nachströmen von Gewebsflüssigkeit in die Gefässe resorbirende Wirkung.

Weiter wurde Ansteigen der Pulszahl, Herabsetzung des Blutdruckes (durch 3—4 Stunden, bei grösserer Blutentnahme auch durch 24—36 Stunden), Zunahme des Lymphstroms (bei kleinen Blutentziehungen um 10—31%, bei wiederholten Aderlässen um das Doppelte und mehr) bei Thieren beobachtet.

BAUER (Zeitschrift für Biologie, Bd. 8) hat gefunden, dass durch Aderlässe einerseits die Eiweisszersetzung erhöht, die Kohlensäureausscheidung herabgesetzt, anderseits die Zersetzung des Fettes vermindert ist, was reichliche Fettanhäufung zur Folge hat.

Ausserdem wurde von Anderen auch eine geringe Steigerung des respiratorischen Stoffwechsels wahrgenommen.

Grössere Blutverluste bewirken zuerst ein Absinken, hierauf Steigerung der Temperatur (um $^1/_2$—2°).

All' dies beweist, das der Aderlass nicht bloss einfach mechanisch durch Herabsetzung der Blutmasse wirkt, sondern dass durch denselben zugleich ein mächtiger Reiz auf das Nevensystem ausgeübt wird, der eine bedeutende Aenderung des Stoffumsatzes zur Folge hat, (Aehnlich wie z. B. der günstige Einfluss des kalten Bades beim Abdominaltyphus nicht allein in der Wärmeentziehung und Temperaturherabsetzung, sondern auch in der Anregung des Nervensystems beruht).

Die Erhöhung des Stoffwechsels, die bei Thieren als Folge der Blutentziehungen beobachtet wurde, dürfte ebenso auch beim Menschen eintreten. — Temperatursteigerung konnte zwar bei Bleichsüchtigen von SCHUBERT nicht constatirt werden, doch kann man (die physiologische Hautthätigkeit ist ja bei dem zu den Experimenten hauptsächlich verwendeten Hunde eine ganz andere, wie beim Menschen) den nach der Blutentziehung eintretenden Schweiss als Aequivalent der Temperaturerhöhung ansehen.

B. S.

F. M. Oberländer: Beitrag zur Lehre von primären Carcinom der Urethra. (Int. Centr.-Bl. der Phys. und Path. der Harn- und Sex.-Organ. Bd. IV, Heft V, 1883. — Allgemeine Medicinische Central-Zeitung Nr. 76, 1893.)

Bis jetzt ist es noch nicht gelungen, das primäre Carcinom der Harnröhre, eine überaus seltene Erkrankung, vor der Operation zu diagnosticiren. Es ist eine Aufgabe der Urethroscopie diese Affection rechtzeitig zu erkennen. Der von dem Autor beobachtete Fall ist daher ein Unicum, weil es der erste Fall von Harnröhren-Carcinom ist, der durch die Endoscopie entdeckt und rechtzeitig dem Operateur zugeführt werden konnte. Das Leiden ist noch fast gar nicht bekannt, in der Litteratur sind im ganzen 7 Fälle beschrieben worden. Die Diagnose ist am Lebenden nicht leicht zu stellen. Die Krankengeschichte ist in kurzem Auszuge folgende:

Ein 72jähriger, gut conservirter Herr ist seit 40 Jahren leidend und zwar an chronischer Gonorrhoe, Stricturen und Blasencatarrh. Der Zustand besserte sich allmählich und blieb einige Jahre erträglich. Als sich der Patient nach längerer Pause wieder zur Untersuchnng vorstellte, entdeckte der Autor an der Pars bulbosa des Penis eine Haselnuss grosse, härtliche Geschwulst, welche zuerst als eine Callusbildung angesehen wurde. Beim Catheterisiren stellten sich Blutungen ein und die Geschwulst war einen Monat später deutlich gewachsen. Die Oberfläche zeigte sich hart und mit der äusseren Haut nicht verwachsen. Endoscopisch sah man am Bulbusende eine halbmondförmige weisse Narbe von trockener Schleimhaut umgeben. Bis zur Eichel fanden sich ebenfalls kleinere Narben in der ganzen Harnröhre vor. An einzelnen Stellen waren Falten erkennbar und zerstreute reizlose Drüsenausführungsgänge. Die Geschwulst repräsentirte sich hinter der Narbe. Sie erschien als eine hochrothe, an der Oberfläche unregelmässig hügelige, himbeerähnliche Masse. Bei dem Versuche den Tubus über die Geschwulst zu bringen, zeigte sich eine Neigung zur Blutung. Die Untersuchung von Geschwulstpartikeln stellte die Anwesenheit eines Carcinoms fest, welches die Tendenz zum raschen Wachsthum zeigte.

Die Operation wurde von RUPPRECHT in Dresden ausgeführt. Man öffnete die Harnröhre bis zum Bulbus, dort zeigte sich die Geschwult in der Grösse einer Kastanie. Die Urethra wurde ober- und unterhalb des Tumors $1^1/_2$ *cm* weit abgetragen und die Enden mit einander durch Catgutnähte vereinigt.

Die Heilung erfolgte innerhalb 3 Wochen per primam in linearer Verwachsung. Nach einem Jahre war noch kein Recidiv erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Plattenepithelialcarcinom mit grossen Zellen.

Die Carcinome der Harnröhre wurden in den Jahren zwischen 52—72 beobachtet. Die Patienten waren meist Gonorrhoiker und Stricturkranke. Es localisirte sich stets am Damm und erstreckte sich bei der Weiterverbreitung nach dem prostatischen Theile der Harnröhre. Es beginnt unter Stricturerscheinungen und Blasenbeschwerden, infiltrirt zunächst die Harnröhre und greift dann auf die Corpora cavernosa über. Hier sass es noch mit intacter Oberfläche auf der Mucosa.

Der Zerfall des Tumors führt zu Phlegmonen am Damme und Harnfisteln. Differentialdiagnostisch kommen die primären Carcinome der COWPER'schen Drüsen in Betracht, von denen bis jetzt drei Fälle bekannt sind. Die Urethroscopie kann hier eine sichere Diagnose stellen. In der Regel sind die Urethracarcinome diffus, während diejenigen der COWPER'schen Drüsen circumscript sind. Als erstes Symptom waren in diesem Falle Blutungen bei dem Catheterisiren aufgetreten, erst später merkte man die Bildung eines kirschengrossen Tumors. Das schnelle Wachsthum wurde auch in den früheren Fällen erwähnt, im Gegensatz zu dem Carcinom der Blase, dessen Entwickelung sich über Jahre hin erstrecken kann. Die Inguinaldrüsen wurden hier vorsichtshalber entfernt, erwiesen sich jedoch als gesund, so dass schon vorn vornherein die Diagnose als eine gute zu bezeichnen war, man konnte also das Carcinom in diesem Stadium als heilbar betrachten.

J. Assmuth: Ueber senile Dysurie. (St. Petersburger medicinische Wochenschrift 1893. No. 9. — Monatshefte für Praktische Dermatologie Band XVII. No. 5.)

Es ist irrig, jede D y s u r i a s e n i l i s auf eine Prostatahypertrophie zurückzuführen, da diese oft fehlt, sogar nicht selten eine Atrophie statthat. Andererseits gibt es oft bedeutende Grade von Prostatahypertrophie ohne dysurische Beschwerden. Wie ist nun der häufige Harndrang bei geringer Blasenfüllung bei alten Leuten zu erklären? LAUNOIS brachte 1885 die Beschwerden zuerst in Beziehung zur Arteriosklerose, jedoch konnte CASPER 1891 an 28 anatomisch untersuchten Fällen nachweisen, dass die allgemeine Arteriosklerose sich nicht regelmässig auf die Gefässe des Urogenitaltractus erstreckt und auch die Atheromatose die gesteigerte Miktionsfrequenz nicht erklärt. 1892 hat dann BOGDANOWITZ gezeigt, dass trotz fehlender allgemeiner Arteriosklerose doch bei alten Leuten eine bindegewebige sklerotische Entartung der Blasenmuksulatur bestehen kann. Ist nun der Sphincter vesicae in dieser Weise pathologisch entartet, dann tritt natürlich der Harndrang häufiger auf, indem der Harn leicht in die Pars prostatica eindringt. Dadurch werden die Miktionsintervalle verkürzt; die Macht der Gewohnheit steigert dann diese Verkürzung noch. Tritt der Harndrang besonders lebhaft in der Nacht ein, dann deutet das auf eine Anomalie der Prostata, da die Rückenlage die venöse Hyperämie derselben zu steigern scheint; bei Cystitikern und Kalkulösen wirkt die Rückenlage ja gerade beruhigend auf die Blase. — Einige Fälle illustriren das Gesagte.

Dr. Schüle: Die Lehre von der spastischen Spinalparalyse. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3.)

Verfasser schildert ausführlich drei Fälle obiger Erkrankung, die ERB beobachtete. Alle boten das typische Bild der spastischen Spinalparalyse: Parese der Beine, spastischer Gang, erhöhte Sehnenreflexe, Muskelspasmen. Keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung,

keine cerebralen Symptome. Die Erscheinungen bestehen 8 bis 17 Jahre ohne Complication.

Das pathologisch-anatomische Substrat für dieses klinische Bild sucht SCHÜLE in einer primären Lateralsclerose im Sinne ERB's. Hierher gehörige Sectionsbefunde sind von MINKOWSKI, DRESCHFELD berichtet.

STRÜMPELL hat als «spastische Form der combinirten Systemerkrankung» die Sclerose der PyS, KHS, GoS, beschrieben, die er in mehreren Fällen beobachtete, die während des Lebens lange Zeit nur Symptome der ERB'schen Spinalparalyse darboten. Charakteristische Symptome für die Erkrankung der KHS und GoS sind bisher übrigens nicht sicher bekannt.

SCHÜLE glaubt auf Grund des verliegenden Materiales an dem Krankheitsbilde «spastische Spinalparalyse» festhalten zu können.

Man kann es diagnosticiren, wenn die Symptome desselben jahrelang bestehen, ohne dass Sensibilitätsstörungen, Blasenstörungen, Atrophien etc. dazutreten. *R. K.*

Priestley Smith: Toxische Jodoform-Amblyopie. (The American Journal of the medical sciences. Nr. 257, September 1893.)

PRIESTLEY SMITH berichtet von einem 31 jährigen Mann, der wegen bestehender tuberkulöser Erkrankungen Jodoform innerlich genommen hatte. Seine tägliche Dosis betrug nahezu 2 *dcgr* und er hatte in 41 Tagen 6 *gr* Jodoform genossen, als Vergiftungserscheinungen, speciell Amblyopie auftraten. Mit dem Augenspiegel konnte man in beiden Augen eine leichte Verschleierung der Papille nachweisen, das Sehvermögen war bedeutend herabgesetzt, und es traten Skotome auf, ganz ähnlich denen bei Tabaks-Amblyopie. Das Jodoform wurde sofort ausgesetzt, und nach ungefähr 4 Wochen waren unter gleichzeitigem Gebrauch von Strychnin und Eisen die Sehstörungen geschwunden.

Gleichzeitig mit letzteren litt der Kranke an Kopfschmerz, Schwindel, Gefühl von Schwäche, und an einem fortwährenden Geruch und Geschmack von Jodoform. Auch leichte Ptosis, grosse Schwäche, Zittern der Extremitäten wurden constatirt. Tabakvergiftung schliesst der Verfasser mit Sicherheit aus. *A P.*

Noble: Ueber die Ursachen der Frauenkrankheiten. (Journ. of Amer. Med. Association Vol. XXI, Nr. 12, 1893.)

Als wichtige Ursachen der Frauenkrankheiten führt NOBLE neben Gonorrhoe, septischen Puerperalprocessen, Verletzungen der Weichtheile während der Geburt noch die unvollständige Entwicklung der Sexualorgane und unzweckmässige Lebensweise an.

Persistiren der infantilen Geschlechtsorgane wird durch geistige Ueberanstrengung, wie durch schwere körperliche Arbeit bei mangelhafter Ernährung während der Pubertätszeit in gleicher Weise begünstigt. In der Folge stellen sich verschiedene Formen von Dysmenorrhoe ein, sowie eine Prädisposition zur Sterilität, zu Dammrissen — ja sogar zu chronischer Ovaritis und Ovarialcysten.

Allzu reichliche Mahlzeiten bei mangelnder Bewegung mit nachfolgender Stuhlverstopfung, sowie die üble Gewohnheit des Miedertragens und des Bindens der Röcke um die Mitte — statt sie an der Schulter zu befestigen — rufen venöse Stauungen in den Beckenorganen und eine Erhöhung des normalen nitra-abdominellen Druckes hervor. Dadurch begünstigen sie Lageveränderungen und Vorfall des Uterus und der Ovarien.

NOBLE weist der Prophylaxe, in die Hände eines gewissenhaften Hausarztes gelegt, eine wichtige Aufgabe für Verhütung von Frauenkrankheiten zu. *W. Sch.*

Aus der Abtheilung des **Dr. Dunin** im Spitale zum Kindlein Jesu in Warschau.

Dr. W. Dabrowski (Assistent der Abtheilung): **Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau.** (Gazeta Lekarska Nr. 4, 1893.)

Von den sechs vom Verfasser mitgetheilten Beobachtungen von Malaria trat in einem Falle nach der ersten Darreichung von Methylenblau kein weiterer Anfall mehr auf, in 4 weiteren Fällen kam es noch zu je einem abortiven Anfalle mit manchmal hoher Temperatur aber ohne den quälenden Schüttelfrost. In dem 6. Falle hatte Patient noch 3 Anfälle und selbst am 6. Tage fanden sich noch Plasmodien im Blute, die eine Recidive befürchten liessen. Dieser unvollständige Erfolg muss hier einerseits der geringen Widerstandsfähigkeit des Patienten zugeschrieben werden, der physisch schwach entwickelt, schlecht genährt und blass war, andererseits dem Krankheitskeime, den Plasmodien selbst, die hier in solcher Masse vorhanden waren, wie in keinem der bis dahin vom Verfasser beobachteten Fälle. In diesem Medikamente haben wir also ein neues Mittel gewonnen von unzweifelhafter und umso vollständigerer Wirkung, je besser der allgemeine Zustand des Patienten ist. Dies bezieht sich jedoch nur auf die regelmässigen, intermittirenden Formen der Malaria, während über die Wirkung dieses Mittels in den schweren Formen die Ansichten und die Erfahrungen widersprechend sind. DABROWSKI reichte davon 0·125 pro dosi, 0·50 pro die. Das Mittel wurde von allen Patienten sehr gut vertragen mit Ausnahme eines einzigen, bei dem nach 8 tägiger Behandlung Ueblichlichkeiten und Erbrechen auftraten, die nach Aussetzung des Medikamentes sich nicht mehr wiederholten. Der Harn zeigte keine weitere Veränderung, als eine grünlich-blaue Farbe, die auf Zusatz von Kalilauge verschwand. Wenn die Wirkung durch die Untersuchung des Blutes nicht sichergestellt werden kann, dann soll man sich mit dem Aufhören der Anfälle nicht begnügen, sondern nach dem trefflichen Rathe GUTTMANN's das Methylenblau noch weitere 10 Tage nach dem Sinken der Temperatur darreichen. *Spira.*

Dr. E. Monin (Paris): **Die Abführmittel in der Augenheilkunde.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

Die Wirkungssphäre der Abführmittel, insbesondere der salinischen Cathartica, dehnt sich über die Mehrzahl der organischen Apparate aus. Vor Kurzem habe ich drei Fälle von albuminurischer Retinitis, Oedem der Papille und Hämorrhagie der Macula in Behandlung gehabt, bei welchem der regelmässige Gebrauch von Hunyádi János günstige Krisen und überaus glückliche Lösungen herbeigeführt hat. Dem praktischen Arzte ist nicht unbekannt, dass eine grosse Anzahl von selbst in den tieferen Parthien sitzenden Augenkrankheiten von wiederholten und prolongirten Hyperämien und von einer Störung der Ernährungsthätigkeit, die durch eine schlechte Zusammensetzung der Blutflüssigkeit bedingt ist, abhängt. Wenn in einem Organismus die Vitalität beeinträchtigt ist, so tritt dies in allen Geweben zu Tage. Eine Erkrankung, die man für eine örtliche Störung ansehen könnte, ist indess oft durch einen allgemeinen Zustand der molecularen Ernährung bedingt. Alle Tage entdecken die Specialisten im Auge, im Ohre arthritische, scrophulöse und syphilitische Zeichen. Die Autointoxicationen verursachen oft Ophthalmien. Man wird begreifen, dass die Hunyádi János-Quelle, infolge ihrer antimikrobischen und ableitenden Eigenschaften, die die Augenläsionen unterhaltenden Factoren unterdrückt, den intraophthalmischen Druck herabsetzt, den Blutzufluss nach dem Sehorgan oder Gehörorgan hemmt.

Man greift für gewöhnlich zu diesem abführenden Mittel bei chronischen Ophthalmien strumösen Ursprungs: wir rathen indess sorgfältigst auf die entzündlichen Exacerbationen zu achten und den Gebrauch des Hunyádi János für jene Stadien zu reserviren, in welchen die Keratitis oder die Conjunctivitis jedes acute Symptom verloren haben. Auf diese Weise wird man einerseits eine depurative und reconstituirende Wirkung erzielen, andererseits eine auflösende und alterirende elective Wirkung auf die Läsion selbst. Der Vorzug, den das Hunyádi János in diesen Fällen vor anderen ähnlich wirkenden Mitteln hat, ist der, dass die Kranken während dessen Anwendung nicht geschwächt werden: «Hätte ich der berühmten ungarischen Quelle» — so schrieb einer unserer Lehrer — «eine Bezeichnung beizulegen, so würde ich sie am liebsten das Abführmittel der Kachektiker nennen.»

Man soll auch diese Behandlung anwenden gegen die mit Bläschenbildung einhergehenden Conjunctivitiden, die so häufig mit Eczem und Impetigo zusammen vorkommen; ferner gegen die rheumatischen oder anderweitigen von heftigen Schmerzen begleiteten Iritiden etc. Aber vor Allem in Fällen von acutem und neuralgischem Glaucom, das in der Menopause oder bei atheroma-

tösen Individuen aufzutreten pflegt, veranlasst die tägliche Verabreichung eines Glases dieses Wassers eine geradezu wunderbare Heilreaction. Selbstverständlich trägt es dazu bei, dass die Gastrits und die Lebercongestion, die so häufig begleitende Erscheinungen des Glaucoms sind, verschwinden. Ein Hauptvorzug der ungarischen Quelle liegt darin, dass sie selbst in grösseren Dosen Wochen und Monate lang verabreicht werden kann, ohne irgend welche unangenehme Nebenwirkungen hervorzurufen. Ein Gleiches kann von einem anderen Abführmittel wohl nicht behauptet werden.

Bei Ohrenentzündungen, die bei lymphatischen Personen so leicht chronisch werden, wird heute von der Mehrzahl der Specialisten das in Rede stehende Mineralwasser verordnet, dessen Wirkung insbesondere bei jungen Leuten, Kindern und Frauen hervortritt. Erfrischend und als Hydragogum wirkend, ist das ungarische Mineralwasser ein dialytisches, auflösendes, ableitendes und alterirendes Mittel *par excellence*. Es setzt die Plasticität der Säfte herab, indem es die Eiweisskörper diluirt und die Ausscheidungen fördert. Es widersetzt sich der übertriebenen Bildung von plasmatischen und fibrinösen Elementen, deren Anhäufung im Blute als sehr gefährlich erkannt wurde. Auf otologischem Gebiete wird es von den hervorragendsten Vertretern dieser Branche mpfohlen: 1. gegen Rupturen und Läsionen der Membrana Tympani, da es sich hier vor Allem darum handelt, jede Anstrengung bei der Defäcation zu vermeiden; 2. gegen eiterige Mittelohrentzündungen; 3. gegen die sogenannte MÉNIÈRE'sche Krankheit, um eine grössere Toleranz des Organismus für die klassische Behandlung durch Chinin zu ermöglichen.

Wir hätten in noch ausführlicherer Weise die Indicationen für die Anwendung von Abführmitteln in der Augen- und Ohrenheilkunde besprechen können. Es war jedoch nicht unser Zweck der, eine weitschweifige synthetische und mit Formeln versehene Abhandlung, die Niemand liest, zu schreiben! Wenn wir also das Obige resumiren, so müssen wir die praktischen Aerzte und die Specialisten daran erinnern, dass in den Fällen, in welchen es sich darum handelt, den Leib frei zu erhalten, sie im Hunyádi János ein Mineralwasser besitzen, das die Verdauung nicht stört, den Magen nicht verdirbt und das überhaupt frei von jeder unangenehmen Wirkung und jedem widerlichen Geschmack ist. Es wirkt nach dem Ausspruche TROUSSEAU's dadurch, dass es die Ernährungsfehler behebt, der krankmachenden Thätigkeit des Contagium vivum sich entgegenstellt, da es zur Förderung der Ausscheidung der pathogenen Bacterien durch die verschiedenen Emunctorien in bedeutendem Masse beiträgt.

Standesfragen und Korrespondenz.

Die neueste Verordnung des Magistrats auf dem Gebiete der ärztlichen Prophylaxe.

Eine jüngst vom Wiener Magistrate in Handhabung der Gesundheits- und Lebensmittel-Polizei erlassene Kundmachung verfolgt einen sehr löblichen Zweck, für dessen Erreichung ihm das Publicum recht dankbar sein muss. Es handelt sich darum, dass beim gewerblichen Betriebe der Nahrungs- und Genussmittel Individuen womöglich ausgeschlossen werden, welche mit einem Hautausschlage oder einer ansteckenden oder ekelerregenden äusseren Krankheit behaftet sind. Diese Anordnung, so tief sie auch in das sociale und gewerbliche Leben eingreift, verdient alle Beachtung und dürfte bei entsprechender Handhabung vonSeiten der Gewerbsinhaber, der erkrankten Individuen und nicht in letzter Linie von Seiten der Behörde in prophylactischer Beziehung nicht ohne Erfolg bleiben. Sie bildet einen Theil der von ärztlicher Seite und zwar von Corporationen und Autoren vielfach geforderten hygienischen Massnahmen, welche einer wesentlichen Erweiterung bedürfen.

In der oben angeführten Kundmachung fällt auch den Aerzten eine Aufgabe und, sagen wir es gleich, die wichtigste Aufgabe zu.

Punkt 3 jener Kundmachung des Wiener Magistrates vom 12. October 1893 lautet:

Die praktischen Aerzte, insbesondere aber die Aerzte der nach dem Gesetze vom 30. März 1888, R.-G.-Bl. Nr. 33, organisirten Krankenkassen werden verpflichtet, von jeder derartigen Erkrankung einer der im Punkt 1 bezeichneten Arbeitspersonen dem Stadtphysikate unter gleichzeitiger Bekanntgabe des Wohnortes und letzten Arbeitsplatzes die Anzeige zu erstatten.

Die Verordnung trifft demnach alle praktischen Aerzte, insbesondere die Krankencassenärzte. Thatsächlich werden hier jene Aerzte in Betracht kommen, welche sich hauptsächlich mit den in Rede stehenden Krankheiten beschäftigen und welche in einer stattlichen Anzahl in Wien vertreten sind. Hieher gehören aber auch die Anstalten, in denen die obigen Krankheiten in stabilen Stationen (Krankenhäuser) oder ambulatorisch (Poliklinik, Ambulatorium etc.) den Gegenstand der Behandlung bilden. Alle hieher gehörigen Fälle unterliegen einer obligatorischen Anzeige, deren Nichtbeachtung mit Geld- oder Arreststrafen geahndet wird. Es werden demnach viele praktische Aerzte nur selten in die Lage kommen, im Sinne obiger Kundmachung eine Anzeige zu erstatten, Andere dagegen werden in täglichen amtlichen Verkehr treten müssen und eine nicht ganz geringfügige Arbeitsleistung auf sich nehmen müssen, denn die Zahl der zur Anzeige zu gelangenden Fälle ist nicht gering, zudem auch nicht ganz genau präcisirt. Es heisst wörtlich, die «mit einem Hautausschlage oder einer ansteckenden oder ekelerregenden Krankheit behaftet sind»: Wie gross ist die Zahl der Krankheitsfälle, die man als mit einem Hautausschlage behaftet zu bezeichnen hat. Hieher gehören doch die mannigfachsten Dermatonosen, und diese müssen nunmehr sämmtlich dem zuständigen magistratischen Bezirksamte angezeigt werden. Bisher erstreckte sich die Anzeigepflicht blos auf Scarlatina, Morbillen, Variola etc. Jetzt ist jeder Herpes zoster, Prurigo, Erythema multiforme, Erythema calorium etc., also auch die unschuldigste Form, ärztlicherseits anzuzeigen.

Eine weitere Reihe von anzumeldenden Krankheitsfällen umfasst die ansteckenden äusseren Krankheiten. Hierher gehören die venerischen und syphilitischen Formen. Jeder Tripper und Bubo, jedes Ulcus und Exanthem muss angezeigt werden, wenn der Inhaber mit Nahrungs- oder Genussmitteln in gewerblicher Art beschäftigt ist. Dass auch hier die Zahl der anzuzeigenden Fälle nicht unerheblich sein werde, ist für Jedermann einleuchtend, der über die Verbreitung der fraglichen Erkrankungsarten sich nur oberflächlich informirt oder die Thätigkeit eines praktischen Arztes und die Arbeit in manchen Ambulatorien zu beobachten Gelegenheit hat.

Nun kömmt noch der Begriff «ekelerregende äussere Krankheit» dazu. Ist nicht manche chirurgische, an exponirten Körperstellen befindliche Krankheitsform ekelerregend? An der Hand, im Gesichte, Halse etc. auftretende Wunden werden von Laien gewöhnlich so bezeichnet, während für uns Aerzte keinerlei körperliches Leiden als ekelerregend angesehen werden kann.

Hiemit wäre erst die Summe der Fälle skizzirt, welche der hier angeordneten Anzeigepflicht unterliegen. Nun muss der behandelnde Arzt, der mit Diagnose und Therapie des erschienenen Falles schon hinreichend in Anspruch genommen ist, mannigfache Recherchen pflegen. Er muss eruiren, ob das Individuum irgendwie mit Nahrungs- und Genussmitteln in gewerblicher Weise in Contact kömmt. Jeder Kaufmann, jeder Agent, Lehrling u. dgl. muss nach der Richtung ausgefragt werden, ob er nicht Gehilfe oder Austräger in einem Geschäfte ist, in welchem Nahrungsmittel verkauft werden. Die Anzeigen, die in ausführlicher Weise nebst dem Nationale und dem Wohnorte auch den letzten Arbeitsplatz enthalten müssen, dürften einen Aufwand an Arbeit in Anspruch nehmen, dem mancher Arzt kaum gewachsen sein wird. Denn auch die Eruirung, ob der betreffende Patient Inhaber eines Gewerbes ist — in welchem Falle die Anzeigepflicht entfällt — oder zu dem gewerblichen Hilfspersonale gehört, obliegt dem unglücklichen Arzte, bei dem in der Ordinationsstube ein derartiger Krankheitsfall sich vorstellt.

Nicht unwesentlich ist der Umstand, dass die Geheimhaltung der hierher gehörigen Krankheitsform beim Publicum auch zu Schwierigkeiten in der richtigen Angabe von Name und Wohnung Anlass geben wird. Die mit derlei Kranken häufig verkehrenden Aerzte kennen den Widerwillen derselben, Angaben überhaupt zu machen und wissen, dass auch im Falle der Bereitwilligkeit nur

ganz unrichtige Antworten, besonders über Name und Wohnung ertheilt werden. Ja die Verhinderung der Geheimhaltung kann zu weiterer Verheimlichung und daher zu spätetem oder gar nicht erfolgendem Einholen ärztlichen Rathes führen.

Jedwede Andeutung fehlt aber über die eventuellen weiteren Verfügungen seitens der Behörde. Darf und wird der Arzt den in diese Kategorie gehörigen Kranken weiter behandeln? Wird derselbe einem Spitale zugewiesen? Der Privatarzt wird bloss das Vergnügen haben, den Kranken anzuzeigen, der weiteren Behandlung dürfte ihm derselbe entzogen werden. Freilich, die Kassenärzte werden möglicherweise zur ferneren Beobachtung und Behandlung der Kranken Gelegenheit haben, nicht aber die Privatärzte.

Noch eine Bemerkung. Für die bisher der Anzeigepflicht unterworfenen Krankheitsfälle standen dem Arzte von Amtswegen beigestellte Drucksorten zur Verfügung. Ebenso ist für dieselbe Portofreiheit statuirt. In dieser Hinsicht fehlt jede Andeutung in der Kundmachung, welche, nebenbei bemerkt, einer Instruction dringend bedürftig wäre.

So haben wir denn unverhohlen einige Bemerkungen über die neueste Beschränkung der ärztlichen Wirksamkeit zum Ausdrucke gebracht. Ob durch die gegebene Verfügung Nutzen gestiftet werden wird, das erscheint noch fraglich. Doch hierüber zu rechten, gebührt demjenigen nicht, der bloss den Standpunkt des praktischen Arztes in dieser Affaire zu beleuchten bestrebt war.

Wien, Ende October 1893. *Dr. Josef Grünfeld.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Der Kaiser hat die ausserordentlichen Professoren Dr. Moriz Kaposi und Dr. Isidor Neumann zu ordentlichen Professoren der Dermatologie und Syphilis an der Universität in Wien ernannt. — Der Ministerpräsident hat die im Status der Wiener Krankenanstalten erledigte Prosectorstelle dem a. o. Universitätsprofessor und Assistenten am pathologischen Institute der Wiener Universität, Dr. Richard Paltauf, und die Stelle eines ordinirenden Arztes und Vorstandes einer medicinischen Abtheilung dem a. o. Professor der internen Medicin an der Wiener Universität Dr. Friedrich Kraus, verliehen.

— Frankreich. Dr. Pichevin ist mit der Aufgabe betraut worden, die Fortschritte der Gynäkologie in Deutschland zu studiren. — Dr. Ferd. Lagrange wurde mit der Aufgabe betraut, in Algier und Tunis die endemischen Leberkrankheiten zu studiren.

— Paris. Als Titularmitgled der medicinischen Section an der Akademie der Wissenschaften wurde an Stelle Charcot's Potain mit 43 von 53 abgegebenen Stimmen gewählt. Die anderen Candidaten waren Cornil, Hayem, Jaccoud und Lanceraux. — An Stelle des verstorbenen Professors der Chirurgie Le Fort wird Dr. Duplay die Leitung der chirurgischen Klinik am Hôtel Dieu und Dr. Tillaux wird die der chirurgischen Klinik an der Charité übernehmen.

— St. Petersburg. An Stelle des Prof. Mierzejewski hat der bisherige Professor der Kasanschen Universität Dr. W. Bechterew den Lehrstuhl der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der militär-medicinischen Academie erhalten.

— Moskau. Zum Nachfolger des Professors der Chirurgie Sklifassowski's ist der bisherige ausserordentliche Professor Dr. Alexander Bobrow ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt Dr. P. Djakonow.

— Manilla. Dr. Gumenindo del Valle ist zum Professor der Physiologie als Nachfolger des verstorbenen Professors Carlos Nalda y Molina ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 10. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Kaposi's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Dr. Müller einen Fall von Tuberkulose der Conjunctiva, worauf Hofrath Prof. Billroth seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Aneurysmen an den Extremitäten und am Halse» hält, nach welchem er an die Gesellschaft die Bitte stellt, ihm weitere Erhebungen über diesen Gegenstand mittheilen zu wollen. Hofrath Prof. Nothnagel spricht dann über Gefässgeräusche«. Die Discussion über diese beiden Vorträge, aus denen sich gewisse Analogien ergeben, findet in der nächten Sitzung statt. — Das Wiener medicin. Doctorencollegium hielt am 6. d. M. seine Eröffnungssitzung ab, bei welcher der Vorsitzende Prof. v. Reder die Mittheilung machte, dass sich die Versammlungen deshalb so verspätet hätten, weil die beabsichtigte Uebernahme der bis jetzt von der k. k. Gesellschaft der Aerzte benützten Räume im Gebäude der Akademie der Wissenschaften durch das Doctoren-Collegium deshalb nicht ihre Realisirung fand, da die Akademie diese Räume selbst benöthigt. Zu grossem Danke sei das Doctorencollegium dem Präsidenten der österreichischen Gesellschaft «vom rothen Kreuze», Sr. Excellenz dem Herrn Grafen v. Falkenhayn verpflichtet, welcher den Saal der Gesellschaft dem Doctorencollegium für seine wöchentlichen Versammlungen mit der grössten Bereitwilligkeit überliess. In diesen Räumen, in denen schon so viel Erspriessliches für die praktische Medicin, wenn auch für Kriegszwecke, geleistet wurde, spreche er den Wunsch aus, dass die Versammlungen ebenso wie in den früheren Jahren fleissig besucht werden und gedeihlich wirken mögen, sowohl für die Standesinteressen, als auch für die Förderung des medicinischen Wissens! Prof. Lang hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Beleuchtung der successiven oder chronisch-intermittirenden Behandlung der Syphilis» an den sich eine lebhafte Discussion anschloss. Ueber den Verlauf der Sitzung berichten wir an anderer Stelle dieser Nummer Den 13. d. M. findet wieder eine Sitzung statt, in welcher Dr. S. Baum einen Vortrag: «Ueber den Werth des mechanischen Reizes iu der Hydrotherapie» hält.

* Am 27. October erfolgte in Moskau die Einweihung und Eröffnung des neu erbauten Gebäudes des Physiologischen Instituts.

* Todesfälle. Dr. Med. Camillo Edler del Torre, Gemeindearzt, ist am 6. November in Romans (Küstenland), 69 Jahre alt, einem schweren Leiden, das er sich in gewissenhaftester Ausübung seiner Berufspflichten zuzog, erlegen. Er war ausserdem durch mehr als 30 Jahre hindurch Südbahnarzt und seit 20 Jahren Fabriksarzt in der Seidenflorettfabrik in Straussina bei Gradisca. Dr. Del Torre war ein Vorbild eines praktischen Arztes, ein wahrhaft humaner Arzt und ein edler Familienvater. Er hinterlässt ausser der trauernden Witwe noch vier Söhne, wovon der zweitälteste, Alfred, Mediciner und seit Bestand der «Internationalen Klinischen Rundschau» unser Mitarbeiter ist. — In Berlin der geheime Sanitätsrath Dr. Moriz Meyer, ein sehr bekannter Elektrotherapeut. — In Burlington Dr. Wm. B. Towles, früher Professor der Anatomie an der University of Vermont.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Der Rückgang der Choleraepidemie in Galizien dauert an. — Deutsches Reich. Vom 21.—26. October 59 Cholera-Erkrankungs- und 23 Todesfälle. — Italien. In der abgelaufenen Woche erheblicher Nachlass. — Rumänien. In der Woche vom 23.—29. October ist die Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle, welche in der vorausgegangenen Woche auf 42 (21) angewachsen war, wieder auf 25 (13) zurückgegangen.

Offene Korrespondenz der Redaktion und Administration.

Herren Dr. F. S., Lichtenstadt, der Unterlagskalender für Aerzte ist nur durch die Firma Emil M. Engel, Wien, I, Deutschmeisterplatz 2 zu beziehen. — Dr M. N., Luxemburg; Dr. S. Querfurt; Dr. F. M., Untereggendorf; Dr. K, Temesvár; Dr. J. M., Müglitz; Dr. K. V., Dobris; Reg.-A. Dr. J. v. K., Budapest; Dr. V., Kouřim; Dr. S. F., Solotwina; Dr. F. B., Baranow; Dr. A. H., Gutenbrunn; Dr. A. B, Erlau; Dr. P, Jechnitz; Dr. A. B., Budapest; Dr. J. K., Seelau; DDr. F. K. u. A. P. u. H. G., Wien; Dr. St. Szomolány; Reg.-A. Dr. W. N., Plevlje; Dr. M. L., Keszthely; Dr. H. S., Graz; Dr. C. M., Erdöd; — Dr. J. P., Tepl; Dr. B., Zbaraz; Dr. A. K., M. Sziget; Dr. H. P., Nagy Megyer; Dr M. H., Gr. Becskerek; Dr. K. S., Felsö Szeli; Dr. A. S., Jungworic; Dr. W., Znaim; Reg.-A. Dr. S., Erlau; Dr. B. L., Ponte delle Arche; Dr. S. N, Nagy Szöllös; Dr. J. B., Studein; Dr. M. H., Iglau wird auf Verlangen der Empfang von Abonnementsbeträgen und Zuschriften bestätigt.

Veratwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. Wien, 19. November 1893 Nr. 47.

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl., viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die hygienische Behandlung der erblichen und nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris *).

Die Hygiene vermag im hohen Grade dazu beizutragen, dem Einflusse der hereditären nervösen Prädisposition das Gegengewicht zu halten. Zu diesem Behufe muss sie einen doppelten Zweck verfolgen: einerseits den Widerstand des Nervensystems heben durch Regelung der allgemeinen Entwicklung des Organismus und durch Aufrechterhaltung der Harmonie zwischen dem physischen Wachsthum und der geistigen Evolution; andererseits die Empfänglichkeit herabsetzen, durch Verminderung der Erregungsursachen und Proportionirung derselben den Kräften des betreffenden Individuums, um auf diese Weise zu einer progressiven Abhärtung zu gelangen.

Eine fortwährende Ueberwachung des Prädisponirten ist also erforderlich, um gewissermassen seinen Lebensmarsch zu erleichtern, um, innerhalb der Grenzen der Möglichkeit, die Schwierigkeiten und Hindernisse, auf die er stossen kann, und die ebenso viele Klippen bilden, die sein Nervensystem bedrohen, vorherzusehen uud zu verringern. Die Sorgen müssen also verdoppelt werden während der Lebensperioden, die am meisten geeignet sind, den Organismus zu schwächen (Zahnung, Pubertät, geistige Ueberbürdung etc.), sowie im Falle des Auftretens accidenteller Krankheiten. Die Art und Weise, wie das Individuum diese verschiedenen Einflüsse verträgt, liefert den Massstab für die verwirklichten Fortschritte und gestattet die Strenge der hygienischen Massnahmen abzustufen. So aufgefasst, ist die Leitung und Beaufsichtigung des Prädisponirten eine Aufgabe, die ebenso viel Aufmerksamkeit als Ausdauer erfordert: sie ist jedoch ein eminent nützliches und sehr oft auch wirksames Werk.

*) Uebersetzt nach «Revue générale de Clinique et de Thérapeutique» vom 25. October 1893.

I.

Die schützende Kraft der Hygiene soll demnach nicht für den Zeitpunkt reservirt werden, in welchem die ersten neuropathischen Zufälle sich einstellen, wohl aber von der Geburt an verwerthet werden. Sie könnte sogar noch während des Intrauterinallebens mit Nutzen angewendet werden (Grasset, Levillain, Burlureau). In der That ist es gerade zu dieser Zeit — man darf dies nicht vergessen — dass die Entwicklung am lebhaftesten vor sich geht. Die Ueberanstrengung der Mutter, die übermässige Arbeit, welcher Art diese auch sein mag, die nervöse Ueberreizung, schaffen der regelrechten Entwicklung des Fötus sehr missgünstige Verhältnisse, abgesehen davon, dass sie die Schwangerschaft vorzeitig unterbrechen und die Geburt eines Kindes veranlassen können, dessen Nervensystem einen unter der Norm stehenden Entwicklungszustand darbietet und eine besondere Vulnerabilität zeigt.

Angesichts einer graviden Frau, die unzweideutig nervös ist, wird der Arzt auf die Gefahr der Ueberanstrengung, der physischen Ermüdung, des bewegten Lebens etc. besonders aufmerksam machen müssen und noch mehr Vorsichtsmassregeln als unter gewöhnlichen Verhältnissen anrathen.

Bei der Geburt drängt sich eine wichtige Frage, die der Säugung auf. Ist es angezeigt, die Säugung durch die Mutter in diesem Falle zu gestatten? Die neuropathische Frau wird zumeist eine schlechte Ernährerin sein, indem die äusserste Empfindlichkeit und die Instabilität ihrer Gesundheit die Regelmässigkeit der Milchsecretion stören kann. Tarnier und Chantreuil meinen, dass sämmtliche depressiven Emotionen, vor Allem wenn sie brüsk auftreten, die Secretion alteriren können, und sie erinnern daran, dass ein solcher Einfluss bei Thieren ebenfalls constatirt worden ist. Es scheint, dass die Milch qualitativ beträchtlich verändert wird, und man hat Fälle von schwerer Indigestion angeführt, der ausschliesslich diese Ursache zu Grunde zu liegen schien. Trotz der Vortheile, die die Muttermilch im Allgemeinen darbietet, ist es also unter diesen Umständen am besten, dem Kinde eine Amme und nach Möglichkeit ein robustes Weib vom Lande zu geben.

Unter jeder Bedingung wird das Nahrungsregime genau überwacht werden müssen, insbesondere hinsichtlich des Ge-

nusses von alkoholischen Getränken; denn man beobachtet nicht selten, dass gewisse nervöse Zufälle der ersten Kindheit, wie Schlaflosigkeit mit beträchtlicher Unruhe, Convulsionen, Abmagerung rasch verschwinden nach Verringerung der Alkoholration der Amme. Wenn man mit Marchand und Charpentier glaubt, dass der Alkohol als solcher in die Milch übergeht, so erklärt sich die Thatsache leicht, und dies umso mehr, als, nach dem Ausdrucke Lasègue's die Neuropathiker im eminenten Grade alkoholisirbar sind.

Die Regularisation der einzelnen Stillungen, das Verbot einer allzu frühen Ernährung, die allmälige Unterdrückung der Stillungen zur Zeit der Abgewöhnung haben eine sehr grosse Bedeutung, um einen Verfall des kindlichen Organismus hintanzuhalten und den Indigestionen und der Gastro-Enteritis vorzubeugen, die zur veranlassenden Ursache der Eklampsie werden können.

In diesem zartesten Lebensalter sind die Zeichen der nervösen Empfänglichkeit für gewöhnlich noch wenig ausgeprägt. Das häufigste Symptom ist die Unzulänglichkeit des Schlafes

Der Schlaf ist nicht wie bei anderen Kindern ruhig und tief, sondern oberflächlich und von kurzer Dauer; durch den kleinsten Lärm wird er unterbrochen, überdies wird er häufig von grosser Erregung und Seufzern begleitet. In anderen Fällen, die an die cerebrale Neuropathie grenzen (cerebrale Irritation, Simon), schreckt das Kind, selbst wenn es wach ist, beim geringsten Lärm auf, ohne sich auch an jenes Geräusch zu gewöhnen, das sich am häufigsten wiederholt; es folgt mit überraschtem und stets unruhigem Auge allen Bewegungen, die um ihn her stattfinden; ein lebhaftes Licht macht es gleich verdrossen. Man sieht es sogar zuweilen, ohne scheinbaren Grund, nach allen Richtungen herumschlagen, ohne dass es möglich wäre, es zur Ruhe zu bringen. Der Schlaf genügt nicht um es zu beruhigen und wird durch lautes Aufschreien und nervöse Erschütterungen häufig unterbrochen. Es ist von ausserordentlicher Wichtigkeit, diese armen Kinder in einem absolut ruhigen Raume zu bewahren, sie in einer relativen Isolirung leben zu lassen und von ihnen die fortwährenden Erregungen einer Umgebung fernzuhalten, die von dem Wunsche beseelt ist, bei ihnen die ersten Regungen der Intelligenz, so früh als nur möglich wachzurufen.

Die Periode der ersten Zahnung ist stets, für nervöse Kinder, mit Gefahren verbunden in Folge des leichteren Auftretens von Convulsionen. Ob nun diese letzteren mit der Hysterie zusammenhängen, oder ob sie aus einer durch die gingivale Reizung veranlasste Reflexbewegung hervorgehen, ist einerlei — die zum mindesten veranlassende Rolle der Zahnung bei dem Auftreten verschiedener Zufälle könnte heute nicht mehr bezweifelt werden. Man wird also bei ausserordentlicher Unruhe des Kindes, bei Schlaflosigkeit, reichlicher Salivation etc. das Zahnfleisch stets genau inspiciren müssen und im Bedarfsfalle ausser der Verabreichung von allgemein wirkenden Beruhigungsmitteln noch eine örtliche Behandlung einleiten. Die Scarification des Zahnfleisches, worüber die verschiedensten Meinungen ausgesprochen worden sind, scheint uns dann vollauf gerechtfertigt, wenn deutliche Zeichen einer localen Congestion sichtbar werden. Dieser Vorgang, der übrigens vollkommen harmlos ist, hat in einzelnen Fällen alle Symptome raschestens zum Verschwinden gebracht.

II.

In dem Maasse, als die Intelligenz erwacht und das Kind zu der äusseren Welt in Beziehung tritt werden die Zeichen der Nervosität deutlicher und zahlreich: sie erlangen bald eine hinlängliche Wichtigkeit, um dem Arzte Anhaltspunkte zu bieten, selbst wenn er hinsichtlich der hereditären Antecedentien völlig im Unklaren ist. Die Schwäche des Nervensystems tritt bei allen Lebensacten hervor; die Emotivität des Individuums und die Excessivität seiner physischen Empfindlichkeit bekunden sich bei jedem Anlasse. Jeder peinliche Eindruck stört es, rührt es aufs tiefste und ruft in ihm übermässige Wirkungen hervor. Bald anlässlich einer Angst, eines Widerstandes, bald angesichts des geringsten Vorfalles oder selbst bei der einfachen Schilderung eines rührenden Ereignisses bemerkt man zuweilen eine äusserste Beklemmung mit Tremor auftreten. Der Glottiskrampf hindert die Deglution, erschwert die Athmung und benimmt gleichzeitig das Wort. Der Schlaf selbst ist gestört.

Diese Individuen sind unfähig sich gegen Emotionen zu wappnen und das Alter bringt keine nennenswerthen Modificationen ihrer Sensibilität herbei. Obwohl schon über das Kindesalter hinaus, bemächtigt sich ihrer eine kindliche Angst, und dennoch fühlen sie sich instinctiv zu rührenden und aufregenden Vorgängen hingezogen, und sie sehnen sich nach neuen Emotionen, die ihr Nervensystem mehr und mehr herabdrücken und schwächen.

Uebrigens werden die leichteren und angenehmen Eindrücke nicht minder stark von diesen Naturen empfunden. Die Musik, die Poesie verursachen ihnen bedeutende Störungen, die sich durch ein Gefühl von Oppression, durch Singultus, Frösteln mit einem Zustand von Gänsehaut äussern.

Diese übertriebenen Reactionen, die sie nicht zu bemeistern vermögen, weisen auf die geringe Macht ihres Willens hin. Mit ihrer Umgebung sind sie übermässig zärtlich oder aber sie legen die grösste Gleichgiltigkeit an den Tag, indem sie den Eindruck des Momentes, ohne diesen beherrschen zu können, auf sich einwirken lassen. Als Kinder sind sie unbändig, auffahrend, aufgeregt und an keinem Spiele Gefallen findend. Später sind sie nicht im Stande sich der Disciplin zu unterwerfen; die fortwährende Beschäftigung, die Fixirung der Aufmerksamkeit macht ihnen eine ausserordentliche Anstrengung, da das geringste Vorkommniss ihren Geist verwirrt, der indess von Ideen und Erinnerungen, die ihn gebannt halten, sich nicht befreien kann. Sie erleiden den Einfluss Anderer.

Die Intelligenz entwickelt sich rasch und zuweilen spiegelt sich deren Vorzeitigkeit in der Physiognomie wieder. Diese Kinder lernen leicht, aber recht früh macht sich bei ihnen eine Vorherrschaft der Phantasie geltend, eine grössere Neigung zu den Künsten als zu den Studien, die eine grössere Anspannung der Verstandeskräfte erfordern; es dauert nicht lange und sie fallen durch ihre Originalität, ihren bizzaren Ideen, den Mangel an Stabilität der Augen, sowie an Ausdauer in den Studien und ihre wechselvolle Laune auf. Ihre scheinbare Superiorität gibt zu einer egoistischen Disposition Anlass, zu einem Bedürfnisse, sich bemerkbar zu machen, sich, selbst auf Grund von Lügen, zu rühmen und überheben. Die Pflege, die man ihnen angedeihen lässt, veranlassen sie, ihrer Gesundheit eine grössere Sorgfalt zuzuwenden und um die geringsten physischen Störungen besorgt zu sein. Diese physischen Störungen sind übrigens verschiedenartig; sie bestehen vor Allem in schmerzhaften Erscheinungen, worunter die Cephalalgie den ersten Platz einnimmt. Bald frontal, bald occipital, jedoch selten dem Verlaufe eines Nerven entsprechend (Simon), ist dieser Schmerz bemerkenswerth durch seine Hartnäckigkeit und Intensität: er ist verschieden von der Migräne, mit der er übrigens häufig vergesellschaftet erscheint. Die Gastralgie, die Enteralgie, die Intercostal- oder Ovarialschmerzen sind nicht selten. Alle diese schmerzhaften Symptome bieten bereits die Charaktere dar, denen man bei deutlich entwickelten neuropathischen Zuständen begegnet, und auf die Huchard die Aufmerksamkeit gelenkt: Mangel einer präcisen anatomischen Localisation, Gleichgiltigkeit gegen Druck, Widerstand gegenüber der üblichen Behandlung. Ihr Auftreten oder ihr Verschwinden scheint von keiner wirksamen Ursache abzuhängen.

Die motorischen Erscheinungen sind zumeist weniger accentuirt. Es sind dies: Krampferscheinungen mit verschiedener Localisation; Constriction des Pharynx; Singultus; trockener Husten, der Stunden lang ununterbrochen fortdauert und nur schwer durch irgend eine Behandlung bewältigt werden kann; endlich Ausbrüche von beweglichen und unregelmässigen Convulsionen. Diese verschiedenen Störungen sind der Ausdruck der reflec-

torischen Hyperexcitabilität des Nervensystems und seines convulsivischen Zustandes.

Ein letzter charakteristischer Zug der neuropathischen Tendenz ist der gestörte Schlaf. Bald hat man die reine Agrypnie, unabhängig von jeglicher schmerzhaften Erscheinung und mit Hartnäckigkeit während einer mehr oder weniger langen Periode fortdauernd. Es ist das ein nervöses Symptom von umso grösserer Bedeutung, als es den gewöhnlichen Dispositionen des Kindes- und Knabenalters zuwiderläuft. Bald ist Schlaf vorhanden, aber er ist von einer beständigen Unruhe und sogar von spontanem Somnambulismus begleitet (Ball).

(Fortsetzung folgt.)

Ein Uterusstopfer zur Uterustamponade nach Fritsch.

Von **Dr. Mensinga** in Flensburg.

Der Streit der Autoren darüber, ob man beim Abort zuwartend oder gleich activ verfahren solle, ist meiner Ansicht nach von keiner praktischen Bedeutung. Wir haben beim Abort vor allen Dingen gefahrdrohende Blutung zu bekämpfen, sodann Sepsis zu vermeiden, endlich eine nicht wieder rückgängig zu machende Ausstossung anzubahnen. Wir suchen der Blutung vorzubeugen zunächst durch Scheidentamponade, sei es mit Watte, sei es mit dem Colpeurynter*), verfahren dabei aber unter allen Umständen peinlichst aseptisch. Steht die Blutung nicht still, so dass sie Gefahr bringt, muss man, wenn der Uterusinhalt nicht bereits gelöst vorliegt, den Uterus tamponiren. Dieses geschieht auf die vorzüglichste Weise nach der Fritsch-schen Methode. Ich habe dieselbe jetzt genügend oft gemacht, um darüber urtheilen zu können. Der Erfolg ist vorzüglich, in dringenden Fällen sogar ohne jegliche fachkundige Assistenz, also meistens mit Hilfe des Ehemannes. Ich bringe zu diesem Behufe auf drei Stühlen die Patientin in Knieellenbogenlage; für jedes Knie je einen Stuhl, (am liebsten Rohrstuhl) für Ellenbogen und Kopf den dritten Stuhl, auf dem ein Kopfkissen gelegt worden.

Mit dem Sims'schen Speculum hebe ich nun, nachdem ich selbstverständlich die Körperhinterfläche, besonders die Analgegend[1]) der Patientin und alles Andere sonst in Betracht kommende gehörig gereinigt, das Perineum so hoch wie möglich, wodurch der Mastdarm comprimirt wird, lasse den an der rechten Seite der Patientin stehenden Assistenten sein rechtes Handgelenk auf das Kreuzbein der Patientin fest auflegen und gebe ihm sodann den Griff des Sims'schen Speculums in die Hand. (Je weniger Assistenz der praktische Arzt im Nothfalle gebraucht, desto rascher, desto sicherer geht seine Arbeit von statten.) Auf diese Weise bekomme ich einen ganz vortrefflichen Einblick in den weit sich ausspannenden Fundus vaginae. Etwaige Ohnmachtsanwandlung der (anämischen) Patientin ist durch die niedrige Lage des Kopfes ganz unmöglich gemacht. Mit Kornzange und Wattabausch entleere ich die Blutcoagula aus der Vagina, gebe dem Assistenten die ganz vortrefflich sich bewährende vorher geöffnete Dührssen-Mylius-sche Tamponade-Büchse Nr. 2 in die linke Hand, wodurch auch diese gefesselt wird, hake die vordere Uterinlippe an, welches die linke Hand in Anspruch nimmt, entweder mit einem kleinen Doppelhäkchen oder mit einer Kugelzange, welche letztere freilich stets einen kurz dauernden aber leicht überwindbaren Schmerz bereitet, stopfte bis dahin nun gradatim mit der gewöhnlichen Uterussonde den Anfang des Gazestreifens bis zum Fundus uteri.

Dieser Theil der Operation nun wird oft in höchst unangenehmer Weise vereitelt, dadurch, dass die Gaze sich fest um die Olive der Sonde andrückt und so wieder mit herausgerissen wird, worauf es grosse Schwierigkeiten mit sich bringt, die Gaze wieder einzuführen, weil sie sich ballt.

Anfangs half ich mir damit, dass ich eine zweite Sonde neben der ersten einführte, die ich dann mit den Zähnen festhielt, (die linke Hand ist ja besetzt durch das Anhaken des Uterus) und welche die Gaze so lange fixirte, während ich die erste Sonde behufs Nachfüllens wieder herauszog; dann trat wieder eine Schwierigkeit hervor: denn das vorn kugelrunde Sondenende wollte die Gaze nicht erfassen. Auch schien die mit dem Gazestreifen armirte cylinderische Sonde für den platten Uterincanal oft zu dick zu sein, so dass man den Canal forciren musste, wodurch die Operation stets in die Länge gezogen wurde, Ich war in Folge dessen gezwungen auf ein Mittel zu sinnen, diesen Uebelständen abzuhelfen.

Zu dem Zweck liess ich einen Stahldraht von der Dicke einer Uterussonde an einem Ende 9—10 *cm* lang platt schmieden, bis auf 1—1$^1/_4$ *mm* dicke, dann verjüngte ich dieses platte Stück so, dass es am Ende 3 *mm* breit, 10 *cm* vom Ende entfernt, 5 *mm* breit war, liess die scharfen Kanten sorgfältigst abrunden und das Ende mit einem Einschnitt versehen, so dass es ⌒förmig wurde. Die Plattheit der Sonde hat den grossen Vortheil der Raumersparniss. Der Uterincanal ist ja nicht rund sondern platt, die 1—1$^1/_4$ *mm* dicke Platte lässt noch einen bedeutenden Nebenraum übrig zur Einführung der Gaze, so dass 10 *cm* breite Gazestreifen durch den Canal hindurch leicht Platz finden, und passiren.

Dieser Stopfer hat nun sofort alle Missstände beseitigt: *a*) er erfasst die Gaze äusserst leicht und sicher, *b*) lässt sich wegen seiner verjüngten Form sehr leicht zurückziehen, die Gaze zurücklassend, da sie nun nicht mehr um eine Olive sich festklemmen kann, sondern leicht abgleitet; *c*) den Uterincanal braucht man nun nicht mehr zu forciren, und auf diese Weise kann man *d*) minimale Endchen Gaze gradatim vorschieben, weil sie nicht mehr ballt, und so rasch und sicher die Uterushöhle austamponiren.

Die ganze Procedur ist für die Patientin vollständig schmerzlos, wenn man mit dem Uterusdoppelhäkchen zum Anfassen der vorderen Lippe auskommen kann. Ein leicht überwindbarer momentaner Schmerz entsteht, wie gesagt, wenn man die Kugelzange in die Lippe setzt; beim Häkchen ist es zuweilen unangenehm, dass es beim Abnehmen sich leicht in die Gaze verwickelt und so den Gazepfropf ein wenig herauszerrt, was beim Gebrauch der Kugelzange nicht vorkommt. Bei der Abrasio Mucosae bei Abortresten (Blutung) beobachte ich im Grossen und Ganzen dasselbe Verfahren.

Umstehend habe ich diesen Stopfer abgebildet, daneben zum Vergleich die alte Uterussonde. Ich habe ferner den hölzernen Griff desselben weggelassen, statt dessen den Griff aus einer in die Länge gezogenen Spirale desselben Draths gebildet, behufs der leichteren Asepsis, weil das Instrument aus einem Stück gefertigt, das Auskochen gut verträgt.

Zeichnung *a—e* geben die bisherige Uterussonde, Zeichnung *b*, *c*, *d* den neuen Uterusstopfer wieder. Das sauber vernickelte nstrumentchen wird angefertigt von W. Eskildsen, Friedrichsen Nachf. Flensburg.

(Eine Kleinigkeit habe ich an der sonst so brauchbaren Dührssen-Mylius'schen Büchse Nr. 2 auszusetzen, die eingepackte Gaze liegt so kraus eingefüllt, und lässt sich manchmal nur erst herauszerren, sie folgt nicht willig nach! Diese zu-

*) Dass der Colpeurynter nicht unbedingt contractionerregend wirke, dafür diene folgendes als Beweis: Eine Arbeiterfrau bekam eine heftige Blutung sechs Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft Ich legte den Colpeurynter ein, die Blutung stand. Entfernung desselben hatte wiederum Blutung zur Folge, so dass ich die Frau lehren musste, den Colpeurynter behufs Reinigung selbst zu entfernen, und wieder einzulegen. Am sechsten Tage stand sie mit dem Colpeurynter auf, besorgte ihre Hauswirthschaft wie früher, und am richtigen Schwangerschaftsende wurde der aufgeblasene grosse Colpeurynter ausgestossen, gleich hinterher das Kind, dann die Placenta; Blutung minimal. Sie hatte noch nie eine so leichte Entbindung gehabt! (Placenta praevia marginalis).

[1]) Ich bin fest überzeugt, dass manche Sepsis durch in den Excrementen befindliche, den ungeschwächten gesunden Menschen sonst nicht benachtheiligende Bacillen resp. Coccen entsteht, indem diese in unbeobachteten Augenblicken, z. B. durch einen stillen Flatus in die Vulva, und somit durch Finger oder Instrumente in den Uterus gelangen, also trotz der peinlichsten vorherigen persönlichen Desinfection! (Autoinfection).

weilen im entscheidenden Moment lästige Hemmung würde aufhören, wenn die Gaze sorgfältig links-rechts-links-rechts aufgeschichtet läge.)

Hoffend, dass diese meine Angaben und Erfahrungen dem allein stehenden praktischen Arzte von Nutzen sein möchten, bitte ich um Nachsicht, wenn ich einer scharfen Kritik nicht ganz genügt haben sollte.

(Natürliche Grösse.)

a Bisherige Uterussonde (zum Vergleich ausgeführt).
b Uterusstopfer von der Seite.
c Uterusstopfer von oben.
d Aseptischer Griff mit dem Uterusstopfer aus einem Stück Stahldraht verfertigt.
e Hölzerner Griff von *a* (zum Vergleich ausgeführt).

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)
Professor der Neuropathologie am «King's College» in London.

(Fortsetzung.)

Zu diesen Thatsachen gehören zunächst die Experimente MENDEL's, die darin bestanden, dass man bei Meerschweinchen den Musculus orbicularis und frontalis auf der einen Seite zerstörte, wobei das Resultat der Umstand war, dass man nach mehreren Monaten auf der Seite, auf welcher die Operation ausgeführt wurde, eine beträchtliche Abnahme in den Ganglienzellen des Oculomotoriuskerns vorfand, während der eigentliche Kern des Facialis ganz intact war.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—45, 1893

Zweitens kommt hier der Umstand in Betracht, dass bei Bulbärparalyse die Regio oro facialis ganz gelähmt sein kann, während die oberen Facialismuskeln intact sind. Es wurden von OPPENHEIM, MURATOFF, TOOTH und TURNER [1]) Fälle mitgetheilt, in denen eine Atrophie des Kerns des Facialis und auch eine Degeneration der aufsteigenden Wurzeln und des Kniees des Nervus facialis vorhanden waren, während die austretende Wurzel eine grosse Menge normaler Fasern enthielt. Der Schluss, der daraus gezogen wurde, geht dahin, dass die normalen Fasern von irgend einem andern Kern ihren Ursprung genommen hatten, wahrscheinlich vom Kern des Oculomotorius und zwar auf dem Wege der hinteren Längsbündeln. In einem Falle, der von OPPENHEIM mitgetheilt wurde, in dem sowohl die oberen, als auch die unteren Facialismuskeln gelähmt waren, fanden sich in den Ursprungswurzeln keine normalen Fasern

Drittens: die Thatsache, die, wie ich glaube, zuerst von Charles BELL beobachtet wurde, nämlich die Thatsache der associirten Wirkung des Orbicularis Oculi und der Muskeln, welche den Augapfel heben. In Fällen von peripheren Facialislähmung bewirkt der Versuch, das Auge zu schliessen, dass der Augapfel nach aufwärts getrieben wird, mit einer Abweichung nach aussen oder nach innen, je nachdem der Fall beschaffen ist.

Dies deutet darauf hin, dass das Centrum, welches den Orbicularis oculi innervirt, auch die Muskeln, welche den Bulbus heben, innervirt. Diese Thatsachen zusammengehalten mit den früher erwähnten zeigen, dass bei der Ophthalmoplegia nuclearis externa der Orbicularis oculi auch die Tendenz hat, afficirt zu werden. Diesem Punkte hat man bis jetzt wenig oder gar keine Aufmerksamkeit geschenkt, und in vielen der mitgetheilten Fälle wird des Zustandes der Orbiculare keine Erwähnung gethan. Es kann somit nicht als Thatsache hingestellt werden, dass der Orbicularis in diesen Fällen nicht afficirt war, denn die Affection kann so schwach sein, dass sie der bloss gewöhnlichen Untersuchung entgeht.

Zur Illustration dieses Umstandes kann ich einen andern Fall von Ophthalmoplegie externa erwähnen, einen Fall, der kürzlich in meiner Behandlung stand, in welchem, obgleich sich keine ausgesprochene Schwäche des Orbicularis oculi vorfand, dennoch eine beträchtliche faradische Uebererregbarkeit der Musculi orbicularis und frontalis vorhanden war, im Vergleiche zu den Musculi zygomatici und der andern Muskeln des Gesichtes. Diese nutritiven Veränderungen weisen auf eine nahe Verwandtschaft zwischen den Centren der Bulbi und den in Rede stehenden Muskeln hin. Man wird zweifellos das hier erwähnte Moment in Zukunft noch weiteren Untersuchungen unterziehen.

* * *

Bulbär-Paralyse.

Trotz der sehr vielen Untersuchungen, die man über die Bulbärparalyse angestellt hat, herrscht noch immer eine grosse Unsicherheit über die Functionen der einzelnen Kerne der Nerven des Schädels vor. Die atrophische Paralyse von Lippen, Zunge und Gaumen, welche das Hauptsymptom dieser Erkrankung darstellt, deutet auf eine gemeinschaftliche Innervation dieser Muskeln hin, und zwar entweder von demselben Centrum aus, oder von getrennten Centren, die functionell nahe mit einander verwandt sind.

Von den verschiedenen Kernen der Medulla oblongata ist der Hypoglossuskern immer in hohem Grade atrophirt, und es gibt viele Thatsachen, welche es wahrscheinlich machen, dass der Orbicularis oris von diesem Kern direct innervirt wird. BRUCE [2]) bildet einen Zug von Fasern ab, die vom medialen Ende des Hypoglossuskerns zum Knie des Facialis verlaufen, und GOWERS [3]) berichtet über einen Fall von Poliomyeitis mit Affection des Facialiskerns, in welchem der Orbicularis

[1]) Brain, Vol. XIII, p. 473.
[2]) Illustrations of the Mid and Hind Brain.
[3]) Diseases of the Nervous System. Vol. II, p. 222.

der Affection entgangen war, obgleich die anderen Facialismuskeln gelähmt waren.

TOOTH und TURNER haben auch Thatsachen mitgetheilt, welche es wahrscheinlich machen, dass dieser Kern auch die motorischen Fasern des Accessorio-Vagus versorgt, welche den weichen Gaumen und die Stimmbänder innerviren. Dies steht mit den anatomischen Untersuchungen von BRUCE im Einklange und wird in gleicher Art durch Fälle von Hemiatrophie der Zunge combinirt mit Paralyse der entsprechenden Seite des Gaumens [4]) gestützt.

Es gibt jedoch andere Thatsachen, welche mit diesen Anschauungen nicht übereinstimmen, und der Gegenstand bedarf noch weiterer Untersuchungen. Es ist wahrscheinlich, wie OPPENHEIM [5]) annimmt, dass manche verschiedene Angaben bezüglich der pathologischen Anatomie der Bulbärparalyse auf Rechnung des Umstandes kommen, dass die Paralyse in manchen Fällen von einer Affection der terminalen baumartigen Verzweigung der Pyramidenzüge kommt, bei welcher der Tod eintritt, bevor die Kerne selbst eine Degeneration eingegangen waren. Unter solchen Umständen mochten die Ganglienzellen normal erscheinen, obgleich die Muskeln, welche von ihnen innervirt werden, indirect gelähmt wurden.

(Fortsetzung folgt.)

[4]) WESTPHAL, Archiv für Psychiatrie. Bd. 18, p. 846.

[5]) Archiv für Psychiatrie Bd. 24, p. 758.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 10. November 1893

Dr. Müller demonstrirt einen Fall von Tuberkulose der Conjunctiva am linken Auge bei einer seit vielen Jahren an Tuberkulose leidenden Frau. Beide Uebergangsfalten sind der Sitz der tuberkulösen Granulationen, welche wenig Neigung zum Zerfalle haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich zahlreiche Bacillen.

* * *

Hofrath Prof. Billroth: *Meine Erfahrungen über Aneurysmen der Extremitäten und des Halses.*

Unter 23000 chirurgischen Fällen, welche Redner im Zeitraume von 32 Jahren in Zürich und Wien zu beobachten Gelegenheit hatte, fanden sich nur 26 Fälle von Aneurysma der Extremitäten und des Halses; u. zw. waren 15 traumatischen Ursprunges, 11 gehörten zu den wahren Aneurysmen; letztere sind also ziemlich selten und nur diese sollen in die Besprechung einbezogen werden. Diese entstehen durch eine verringerte Resistenz der ganzen Arterienwandung und es ist dann ganz irrelevant, ob dieselben einer destruirenden Erweichung oder dynamischen Gewalt ihren Ursprung verdanken. 8 von diesen betrafen die Arteria poplitea, 2 die Carotis und 1 die Subclavia.

Vortragendem hat sich die Anschauung aufgedrängt, dass das Aneurysma popliteum nicht immer die Folge von Arterienatheromatose ist, sondern dass eine gewisse Zartheit der Arterienwandung genügt, um erst kleinere, dann grössere Defecte in derselben entstehen zu lassen. Häufiger kommt dasselbe bei Männern als bei Frauen vor und dürfte mehr seine Ursache auch in forcirter Ueberstreckung als in Beugung des Kniegelenkes haben. BILLROTH fand es meist bei Zimmerputzern, Kutschern, Hausknechten u. dgl., doch dürfte eine individuelle Disposition der Arterien zur Aneurysmabildung am ehesten anzunehmen sein, welche in einer angeborenen Schwäche der Arterienwandung, besonders der Intima und Adventitia besteht.

Die traumatischen Aneurysmen zerfallen in zwei Kategorien:

1. Bei Stichwunden, wo die Hautwunde heilt, der Riss in der Arterie gross ist, entsteht das Aneurysma sofort.

2. Wo die Arterienwunde heilt und die Narbe sich ausdehnt, entsteht es meist nach mehreren Wochen, oft aber erst nach mehreren Jahren.

Die Schmerzen und die Arbeitsunfähigkeit treibt die Patienten meist zum Arzte. Ist das Aneurysma sehr gross, so verbluten sich die Patienten sozusagen in dasselbe.

Der von LANGENBECK ausgehenden Idee, die Aneurysmen durch hypodermatische Injection von Ergotin zum Schwinden zu bringen, konnte sich BILLROTH nie anschliessen. Da die Arteria femoralis und subclavia gar keine Musculatur mehr haben, so kann natürlich von einer Einwirkung des Ergotins auf die Gefässmusculatur keine Rede sein. Die ganze Wirkung der Injection von Alkohol, Carbolsäure u. dgl. reducirt sich darauf, dass eine bindegewebige Reaction entsteht, und dass durch Entstehung von sehr harten und dicken Schwielen eine Gerinnung in der Arterie vorgetäuscht wird; eine radicale Heilung aber ist ausgeschlossen.

Die Kälte ist zwar ein gutes Mittel gegen die Schmerzen, aber sie nützt hier ebensowenig wie die Electropunktur, welcher man irrthümlicher Weise eine gerinnungmachende Wirkung zugeschrieben hat.

Die Behandlung mittels Compression, welche besonders von LANGENBECK befürwortet wurde, lässt sich nur bei einer gewissen Intelligenz der Patienten anwenden. Die Fixation der Extremitäten in Flexionsstellung beim Aneurysma popl. ist wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht immer anwendbar. Die Anämisirung nach ESMARCH hat einige günstige Erfolge ergeben; doch dauert die Behandlung lange Zeit und wenn diese unterbrochen wird, kommt es bald zu Recidiven.

Bei der Digitalcompression, von der Vortragender günstige Erfolge gesehen, kommt es darauf an, wie und mit welcher Consequenz dieselbe durchgeführt wird. Der Erfolg hängt hier weniger von den anatomischen Verhältnissen, als vielmehr von der Geduld des Behandelnden ab. Unter Heilung des Aneurysma ist hier aber nicht eine normale Herstellung des Arterienrohres zu verstehen, ebenso wenig wie eine vollständige Schrumpfung und Obliteration des Aneurysmasackes bis in die Arterie hinein und Bildung eines Collateralkreislaufes, da dies Alles nicht zu Stande kommt, ausser bei der Operation. In 3 Fällen wurde dies erreicht, ein Fall war von Dauer, zwei von Recidiven gefolgt. In einem Falle von Carotisaneurysma, der unter der Compression in kurzer Zeit, aber auf Kosten einiger Gehirnsymptome (Aphasie, Beklemmungen, Facialisparese etc.) vollkommen ausgeheilt wurde und 3 Jahre nach der Behandlung an einer Pneumonie starb, fand sich bei der Section Schrumpfung des aneurysmatischen Sackes und Thrombenbildung daselbst bis in den Carotisstamm.

Weitaus am häufigsten bei der Compression ist es der Fall, dass sich im Aneurysmasacke und weiter in dem Stamme der Arterie Gerinnsel bilden, welche einen Canal enthalten, durch welchen das Blut circulirt. Aus diesem Umstande erklären sich auch die Recidiven, denn wenn sich so ein Canal erweitert, so kann es zur Pulsation des Aneurysma kommen.

Die Misserfolge der Compressionsbehandlung zerfallen in zwei Kategorien:

1. Fehlt es oft den Patienten oder dem Arzte an Geduld, die Behandlung zu Ende zu führen.

2. Kann es leicht zu Gangrän kommen.

In einem Falle von Aneurysma popl., den BILLROTH beobachtete und bei dem die Digitalcompression durch 24 Stunden ausgeführt wurde, kam es in Folge von Mitthrombosirung der Arterie zur Gangrän der unteren Extremität.

Die Ligatur, welche BILLROTH nur bei kleineren Aneurysmen anwandte und mit Erfolg ausführte, muss immer ausserhalb des Sackes angelegt werden. Einen Fall hat derselbe nach ANTYLOS operirt und kann BILLROTH diese Methode nur warm empfehlen.

Vortragender kommt nun zu folgenden Schlusssätzen:

1. Das Aneurysma popl. verhält sich in den meisten Fällen wie das Hämatoma arteriale, auch wenn es ohne Trauma zu Stande gekommen ist.

2. Es ist der Radicaloperation nach ANTYLOS zugänglich, besonders wenn es nicht sehr gross ist.

3. Der Aneurysmasack ist ganz zu entblössen, da das Gewebe innerhalb des Sackes erweicht und morsch ist.

4. Nach Auslösung des Sackes ist oberhalb und unterhalb desselben zu unterbinden.

5. Eine Verklebung der Sackwandungen per primam ist nicht zu erwarten.

6. Ein vollständiges Vernähen der Wunde ist zu unterlassen, dieselbe ist vielmehr mit Jodoformgaze auszustopfen.

* * *

Hofrath Prof. Nothnagel: *Ueber Gefässschmerzen.*

Vortragender ist im Laufe der Jahre zu der Ueberzeugung gelangt, dass den Arterien eine gewisse Schmerzhaftigkeit zukommt und dass in einer grossen Reihe von Fällen Schmerzen, die sonst nicht anders zu deuten sind, auf die Arterienwandung bezogen werden müssen.

Abgesehen von den excentrischen Neuralgien, welche bei den Aortenaneurysmen vorkommen — NOTHNAGEL hat von diesen 150—200 Fälle beobachtet — zeigen sich bei denselben noch andere schmerzhafte Erscheinungen, die als von der Arterienwandung selbst ausgehend angesehen werden müssen. In vielen Fällen, in denen lokalisirte Schmerzen angegeben wurden, ohne dass etwas physikalisch Nachweisbares gefunden wurde, hat sich später ein Aneurysma herausgestellt. Auch bei verschiedenen Herzaffectionen, sowie bei der Arteriosclerose finden sich Schmerzen, welche auf die Arterienwandung bezogen werden müssen, trotzdem wird in letzterem Falle sehr oft irrthümlicher Weise die Diagnose auf Neuralgie, Rheumatismus u. s. w. gestellt.

In einzelnen Fällen, in denen die Patienten über heftige Kopfschmerzen klagen, stellt sich oft einige Tage nach denselben plötzlich eine Hemiplegie ein. Die Section zeigt eine ausgesprochene thrombotische Erweichung. Da die Gehirnsubstanz vollständig unempfindlich ist, so sind diese Schmerzen nicht anders, als auf die Arterienwand selbst zu beziehen. In Fällen, wo starke Kopfschmerzen ohne Zeichen einer arteriellen Congestion vorausgehen, ist an eine Thrombose mit Erweichung zu denken.

Auch bei Embolien zeigen sich oft heftige Schmerzen, welche in einer Verwachsung des Thrombus mit der Arterienwand und in der weiteren Verengerung der Arterie ihre Ursache haben.

DUBOIS-REYMOND hat eine Reihe von Migränen auf Angiospasmus zurückgeführt und gemeint, dass dieser Spasmus der Arterienwand die Schmerzen erzeuge. Es gibt auch wirklich einige Fälle von Angiospasmus an den Extremitäten, die auf Arterienkrampf beruhen, indem die Hände blass werden und eine Art von Erstarrung eintritt. Die Schmerzen, welche sich dabei meist am Vorderarm finden, möchte NOTHNAGEL als Gefässschmerzen, direct ausgehend vom Krampfe der Arterien, auffassen. Diese Schmerzen würden dann in Analogie mit der Tetanie gesetzt werden. Und wie man von anderen Koliken spricht, könnte man hier auch die Bezeichnung «Gefässkolik» wählen.

Da zu den Arterien direct Fasern von den Nerven ziehen, da ferner in der Adventitia der grossen Arterien acinische Körperchen nachgewiesen wurden, so fänden die Arterienschmerzen leicht ihre Erklärung. Bei der Arteriosclerose kommt es zu einer Periarteriitis und diese dürfte die Schmerzen vermitteln. Wenn bis jetzt in der Arterienwandung noch keine sensiblen Nerven gefunden wurden, so ist damit noch nicht gesagt, dass sie nicht existiren; ihr Vorhandensein ist sehr wahrscheinlich.

(Discussion über beide Vorträge in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 6. November 1893.

Dr. S. Baum: *Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie.*

Wir besitzen in der Combination des thermischen mit dem mechanischen Reize ein vielseitiges Heilagens. Doch so wenig diese Proceduren im Rahmen einer Thermotherapie Platz hätten, ebensowenig haben sie ihn in dem einer Mechanotherapie. Sie sind eben einfach hydriatische Proceduren. Wassercur und Massage machen zum Theile einen gleichen Ideengang durch. Der mechanische Faktor ist in therapeutischer Hinsicht von grosser Bedeutung. Wir sind mittels desselben im Stande:

1. Bei activen Fieberformen die Wärmeentziehung zu einer schonenden und doch ausgiebigen zu gestalten, drohenden Collaps zu verhüten, vorhandenen Collaps zu bekämpfen, das asthenische Fieber, sowie die Wärmeretention im Froststadium, namentlich des Wechselfiebers zu behandeln.

2. Das kalte Wasser als Tonicum bei fieberlosen krankhaften Zuständen der Anämie und der Chlorose mit Erfolg zu benützen.

3. Fussend auf dem von älteren Aerzten hervorgehobenen Antagonismus zwischen Bauch- und Hautorganen derivatorisch zu wirken bei Katarrhen und krankhafter habitueller Blutvertheilung.

4. Bei rheumatischen Processen, Neuralgien, herabgesetzter Empfindung und Bewegung, bei Ohnmachten, Sopor, bei psychischen Depressionen und bei sehr erschwerter Expectoration auf dem Wege der Revulsion und Umstimmung günstig einzuwirken.

Bei der Abreibung folgt dem thermischen Reize die primäre Haut- und Gefässcontraction, welche einige Zeit anhält, um der Erweiterung Platz zu machen. Durch die Friction wird letztere nicht nur rascher sondern auch mächtiger herbeigeführt und somit eine förmliche Ableitung des Blutes von den inneren Organen zu der Körperoberfläche bewirkt. Eine Erweiterung der Hautgefässe wird gleichfalls durch die verschiedenen Formen der Fallbäder, Regenbäder, Sturzbäder und Uebergiessungen erzielt. Die Eigenthümlichkeit dieser Badeformen äussert sich in der Art und Kraft, mit denen das Wasser den Körper trifft. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei neben der continuirlichen Erneuerung des thermischen Reizes die eigenthümliche Erschütterung und der Stoss der fallenden Wassermengen, die mehr weniger fein vertheilt, den Körper treffen.

Beim Halbbade sind abgesehen von dem durch Zufluss bewirkten Wechsel der Wassertemperatur sehr massgebend die Bewegungen des Patienten, da erwiesenermassen zwei in Temperatur und Dauer ganz gleiche Bäder höchst verschiedene Effecte auf die Körpertemperatur haben, wenn in dem einen Bade eine starke Hautfriction stattfindet, in dem anderen nicht. Für sich allein hat der thermische wie der mechanische Reiz als Hautreiz denselben Effect. Doch ist zur therapeutischen Verwerthung gerade das von Belang, dass während der Wirkungsentfaltung des einen, der andere bereits in Wirksamkeit ist.

Für die Hydrotherapie des Fiebers gibt es keine specifische Methode, da bei einem und demselben Falle im Verlaufe der Krankheit vielfache Proceduren nöthig sein können. Am allergebräuchlichsten sind die Halbbäder. Das Hauptpostulat für dieselben ist, dass die Hautgefässe in einer constanten Erweiterung erhalten werden; die Constanzerhaltung der breiten Blutbahn wird vornehmlich durch den mechanischen Reiz herbeigeführt. u. zw. in Form der Abreibung. Besonders beim asthenischen Fieber ist der mechanische Factor der wichtigere in den hydriatischen Manipulationen.

Besonders beim Collaps, bei Delirien und bei Sopor müssen die erregendsten und erschütterndsten hydriatischen Massnahmen in Anwendung kommen. Abgesehen von mächtigen Frottirungen sind dies rasche kalte Begiessungen in der mit warmen Wasser gefüllten Wanne.

Für die Anämie ist die hydriatische Procedur das mächtigste Tonicum. Der Kältereiz für sich würde bei seiner kräftigenden Herzaction Circulationsstörungen herbeiführen, wenn ihm nicht mechanische Reize zugesellt würden. Auch die schottische Douche d. h. warmes und darauffolgendes kaltes Regenbad, wäre in dieser Richtung mit Vortheil anzuwenden.

Kühle Bäder haben je nach ihrer Dauer eine verschiedene Wirkungsweise. In der Dauer von einigen Secunden, sogenannter Taufbäder, sind sie ein ausgezeichnetes Stimulans, während sie bei längerer Dauer starke Wärmeentziehung bewirken. Erstere leisten in Verbindung mit mächtigen Hautreizen sehr viel bei Chlorotischen durch Verbesserung der Blut- und Wärmevertheilung, Hebung der Herzkraft, sowie durch den günstigen Einfluss auf Bildung und Locomotion von Lymphe und Anregung der Hautfunction. Die die

Chloranämie sehr oft begleitenden Menorrhagien werden durch solche Proceduren oftmals, selbst nach jahrelangem Bestande zum Schwinden gebracht. Auch in einem Falle von habitueller Neigung zu Abortus trat nach einem mehrwöchentlichen Curgebrauche Conception ein, so dass auch in solchen Fällen diese Procedur gerechtfertigt erscheint.

In jenen Fällen von Diarrhoe, wo die directe oder indirecte Ursache derselben in Hyperämie der Unterleibsorgane zu suchen ist, bedient man sich mit grossem Erfolge der kalten Abreibung, indem man durch dieselbe die Hauptrichtung des Blutstromes gegen die Haut lenkt. Man erreicht dies auf derivatorischem Wege, hauptsächlich durch Hinzufügung des mechanischen Reizes zum thermischen. Auch Lungenkatarrhe werden häufig mit Abreibungen, Regenbädern oder mittels der Combination beider erfolgreich behandelt. Die habituellen Lungencongestionen werden durch Ableitung auf die Haut beseitigt. Ebenso kann man durch kräftige nasskalte Abreibungen bei Herzfehlern die Blutvertheilung in günstigem Sinne beeinflussen.

Die Abreibung und die Douche theilen die derivatorische Wirkung mit der Einpackung. Bei letzterer wirkt aber nur der Contrast differenter Temperaturen, indem die primäre Kälte die Contraction, die secundäre Wärme die Erschlaffung der Blutgefässe in der Haut hervorruft. Bei ersteren kommt noch der mechanische Reiz hinzu. In der Regel wird die Einpackung mehr calmiren, die Abreibung mehr excitiren. Welches von diesen Proceduren zur Anwendung kommen soll, hängt von der individuellen Beschaffenheit und von der Krankheitsphase ab. Dort wo es darauf ankommt, auch die Innervation mächtig anzuregen, werden wir den mechanischen Reiz, wie er sich in der Abreibung ducumentirt, in Anwendung ziehen; in anderen Fällen die Einpackung. Bei rheumatischen Schmerzen, welche WINTERNITZ dadurch entstehen lässt, dass die thermische Noxe, direct oder reflectorisch eine Gefässcontraction im Muskel hervorgerufen hat, sind oftmals kräftige Abreibungen von besseren Erfolgen begleitet, als Einpackungen. Auch schwere Anginen werden oft durch mehrere rasch nacheinander applicirte nasskalte Abreibungen zum Schwinden gebracht.

Durch diese Proceduren, besonders wenn noch die Contrastwirkung differenter Temperaturen, wie bei der schottischen Douche hinzutritt, werden oft staunenerregende Umstimmungen hervorgerufen.

Vortragender schliesst mit den Worten:

«In der richtigen Dosirung des mechanischen Reizes liegt die richtige Anwendung des Wassers.»

Dr. SCHRÖTTER weisst darauf hin, dass man durch thermisch-mechanische Reize auch Milztumoren zur Verkleinerung bringen kann und dass durch Application der kurzen Douche auf die innere Schenkel- und Kreuzgegend die Amenorrhoe beseitigt wird.

Dr. Em. Mandl.

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

17. Abtheilung: Kinderheilkunde.*)

Sitzung am 13. September 1893.

Dr. Meinert (Dresden): *Zur Aetiologie der Chlorose.*

Vortragender macht auf einen bei typischer Chlorose des Entwicklungsalters scheinbar constanten anatomischen Befund aufmerksam, auf den Prolaps des Magens (verticale oder subverticale Stellung des Magens, Gastroptose). Klinisch nachweisen konnte er diese Anomalie in nacheinander 60 von ihm daraufhin mittelst Aufblähung des Magens (mit 6·0 Ac. tart. und 8.0 Natr. bic. nacheinander in getrennter Lösung) untersuchten Fällen. Die Gastroptose ist eine Theilerscheinung mehr oder weniger ausgesprochener Enteroptose. 15 Procent der Fälle des Vortragenden complicirten sich mit Ren mobilis dextra, 1 Fall mit doppelseitiger Wanderniere.

*) Nach dem Bericht der Münchener medicinischen Wochenschrift.

Die Entstehung des visceralen Prolapses führt Vortragender entgegen den gangbaren Hypothesen auf mechanische Momente zurück, besonders auf Verdrängung des Magens durch die auf seine kleine Curvatur und den Pylorus drückende Leber. Seltener wird der diese Richtung einschlagende Druck von der Leber her durch Volumszunahme des Organs, in der grossen Mehrzahl der Fälle vielmehr durch in der Zwerchfellkuppe eintretenden Raummangel veranlasst. Die übliche Frauenkleidung bringt es mit sich, dass beim weiblichen Geschlecht die den Prolaps der Eingeweide erzeugende Stenose der unteren Thoraxapertur erheblich häufiger vorkommt, als beim männlichen, für welches die disponirenden Formanomalien des Thorax sich auf congenitale oder durch Krankheit (besonders Rachitis) erworbene Verunstaltungen beschränken. Der stabile Schnürthorax der Frauen (Vortragender hat 100 Fälle aus dem Dresdener Stadtkrankenhaus gesammelt) führt stets, der labile, durch Corset oder Schnürbänder erworbene der jungen Mädchen sehr bald (gewöhnlich bereits nach ½ Jahr) zu definitivem Prolaps der Baucheingeweide. Bei 29 unlängst aus der Volksschule entlassenen Mädchen im Alter von 14 Jahren ergab die Aufblähung des Magens 28 Mal Gastroptose; Schnürung war stets vorangegangen, ausser in einem Falle, wo rachitische Hühnerbrust als Ursache des visceralen Prolapses festgestellt wurde.

Gastroptose (Enteroptose) bedeutet nur eine Krankheitsdisposition, welche abgesehen von den bisweilen eintretenden Läsionen der dislocirten Organe — hauptsächlich als gesteigerte Erregbarkeit der durch den Prolaps gezerrten Geflechte des Bauchsympathicus zum Ausdruck kommt. Zur Hervorbringung eigentlicher Krankheitssymptome bedarf es gewisser Gelegenheitsursachen mechanischer oder psychischer Natur — derselben Gelegenheitsursachen, von deren Einfluss man schon längst den Ausbruch der Chlorose abhängig zu machen geneigt ist: körperliche Ueberanstrengung, gewisse im Sitzen ausgeübte (die Unterleibsorgane insultirende) Beschäftigungen, die Geburtsarbeit — Angst, Sorgen, Liebeskummer etc.

Die chlorotische Blutveränderung jedoch figurirt nur als eines der Symptome, durch welche sich im Entwicklungsalter die Enteroptose, wenn überhaupt, bemerkbar macht. Nervöse Störungen verschiedener Art, als Begleiterscheinungen der Chlorose schon immer gewürdigt, stellen die Hauptmerkmale der enteroptotischen Krisen dar, welche in jeder Lebensperiode auftreten können. So verläuft die Enteroptose, wenn überhaupt die Gelegenheitsursachen vorhanden sind, die ihren Uebergang aus dem Stadium der Latenz in das der Erscheinungen bedingen (was nicht immer und manchmal erst sehr spät der Fall ist), meist in Paroxysmen, deren erste häufig in Gestalt der Chlorose auftritt. Nach Heilung der Chlorose bleibt ihre anatomische Grundlage, der viscerale Prolaps bestehen; daher die Neigung zu Recidiven, und daher die häufig für das ganze Leben zurückgelassenen Spuren. Frauen, die früher chlorotisch waren, leiden gewöhnlich an nervösen Zufällen oder anfallsweise auftretenden psychischen Verstimmungen. Hemikranie, Hyperemesis, gravidarum, Melancholie und viele meist fälschlicherweise als hysterisch bezeichnete Symptomencomplexe, sowie die als nervöse Dyspepsie (LEUBE), als Lendenmarkssymptome (HEGAR), als Leiden des Bauchsympathicus (TALMA), als Neurosen und Psychosen auf dem Boden chronischer Magenkrankheiten (ALT) beschriebene Zustände lassen sich gewöhnlich, wenn man nur den Magen, wie oben erwähnt, aufbläht, auf Enteroptose zurückführen.

Die Enteroptose ist bei Erwachsenen unheilbar, während sie sich im Kindesalter nach Fortfall der Ursachen (einengende Kleidung) zurückbilden kann. Eine auf Erweiterung des unteren Brustkorbs und auf Wiederbelebung der abdominalen Athmung gerichtete Therapie vermag jedoch, trotz sonst bestehendem Grundleiden, lediglich durch Entspannung der vom Plexus solaris zur kleinen Magencurvatur streichenden Sympathicusfasern symptomatische Erfolge zu erzielen, selbst in Fällen, die durch Eisen nicht mehr beeinflusst werden. Hieraus versteht sich der anerkannte Heilwerth langdauernder Bettruhe bei schweren Chlorosen und die Häufigkeit der Rückfälle bei dieserart Genesenen, wenn sie wieder in den Zwang des Corsets zurückkehren.

Die Auffassung der chlorotischen Blutveränderung als nervöses Phänomen erscheint principiell nicht unzulässig, seit der mögliche Zusammenhang schwer anämischer Zustände mit Affectionen des centralen Nervensystems erwiesen worden ist. Nach alledem kann Vortragender nicht umhin, die Chlorose für das zu halten, wofür sie schon von TROUSSEAU gehalten worden ist, für eine Neurose. Der Boden, auf dem diese Neurose meist zu entstehen scheint, ist die Enteroptose (GLENARD'sche Krankheit). In ihr erblickt Vortragender das anatomische Substrat der von vielen Autoren bereits als unabweislich bezeichneten Prädisposition. Von den einzelnen Organsenkungen, welche unter diesem Sammelnamen zusammengefasst werden, ist er geneigt, speciell die Gastroptose verantwortlich zu machen, da ihm bis jetzt bei ausschliesslichem Prolaps anderer Organe, insbesondere bei dem ziemlich verbreiteten isolirten Prolaps des Dickdarms, typisch chlorotische Erscheinungen nicht vorgekommen sind.

Die am meisten charakteristischen Formen von Bleichsucht entstehen, wenn ein normaler Thorax durch einengende Kleidungsstücke zeitweise (tagsüber) in Schnürform gezwungen wird, mehr chronische, den Charakter von Uebergangsformen zur einfachen Anämie tragende Krankheitsbilder dann, wenn der Thorax vorzeitig zu bleibender Schnürform erstarrte.

Bei Knaben mit analoger Thoraxdeformität (phthisischer Habitus, rachitischer Thorax) wird die Krankheit ebenfalls beobachtet, aber eben deshalb nur in ihrer atypischen mehr protrahirten Form. Der wohlgeformte, jugendlich elastische und niemals dem Einfluss comprimirender Kleidungsstücke ausgesetzte Brustkorb schliesst nach des Vortragenden Beobachtungen die Erkrankung an Chlorose aus.

Die Geschichte der Krankheit ergibt genügende Anhaltpunkte dafür, dass überall ihr erstes Auftreten unter den heranreifenden Mädchen dem Vordringen der heute conventionellen, den unteren Brustkorb beengenden Kleidung des weiblichen Geschlechts gefolgt ist. Einschnürende Bänder, wie sie zur Befestigung der Röcke dienen, bringen den gleichen Effect hervor, wie das Corset. — Vortragender demonstrirt eine grosse Zahl Photographien chlorotischer Individuen, bei welchen die Conturen des abnorm gelagerten Magens aufgezeichnet sind.

Discussion. SCHMID-MONNARD-Halle a. S. sah unter den Enteroptosen seiner Praxis Fälle, wo nicht das Schnüren, sondern schwächende Einflüsse und andere Ursachen als ätiologische Factoren wirkten. SCHMID-MONNARD glaubt, dass man das Verschwinden der Chlorose bei den Fällen in der Dresdener Dienstmädchenlehranstalt der guten Ernährung ebenso gut zuschreiben könne, wie dem Fortlassen des Corsets. Beim Schnüren trete nicht immer das Bauchorgan tiefer (Schnürleber).

MEINERT-Dresden: Nur im Entstehungsstadium der Enteroptose spiele die Leber die von ihm bezeichnete Rolle; bei Leichen mit ausgebildetem visceralen Prolaps könne sie irgend welche inzwischen erworbene Lage und Gestalt aufweisen. Nicht das Schnüren bezeichne er als nächste Ursache der Lageveränderungen, sondern die allerdings meist durch das Schnüren erzeugte labile und stabile Thoraxdifformität, die auch bei Männern und aus anderen Ursachen vorkommen könne. Er habe ausdrücklich erwähnt, dass auch bei normalem Thorax und ohne Schnürwirkung in der Volumszunahme von Nachbarorganen des Magens (meist der Leber) eine Ursache für Gastroptose gegeben sei. Auf die Anfrage HARTUNG's, ob nicht durch die hohe Dosirung der Brausemischung übermässige Ausdehnung des Magens und damit Vortäuschung von Gastroptose möglich sei, erwidert MEINERT unter Hinweis auf v. ZIEMSSEN's 12. Vortrag, dass bei ihrer geringen Dehnbarkeit die Magenwände eher bersten würden unter der Einwirkung der Brausemischung, als dass sie sich in einem die Nabelgrenze überschreitenden Grade erweiterten.

---

61. Jahresversammlung der „British Medical Association".

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Prof. Dr. A. R. Simpson (Edinburgh): *Die Nothwendigkeit der Reinlichkeit.*

Prof. SIMPSON drückte zunächst Dr. BARNES den Dank der Section für seinen interessanten Beitrag zur Discussion über den so sehr wichtigen Gegenstand der puerperalen Septicämie aus. Redner möchte gleich bemerken, dass er glaube, dass Dr. BARNES, seiner streng analytischen Denkungsart folgend, zu viel Gewicht auf die Unterscheidung der endogenetischen und der exogenetischen Septicämie gelegt habe.

Prof. SIMPSON meint, dass das, was den Geburtshelfer angesichts irgend welchen Falles, der ihm in seiner Praxis vorkommen kann, zu interessiren habe, lediglich der Umstand sei, ob das Gift der Kranken durch ihre eigenen Hände zugeführt wurde oder durch die der Umgebung, und dass wir in der allgemeinen Praxis alle uns bemühen sollten, es ausfindig zu machen, welches die Quellen seien, von denen aus wir der Wöchnerin Gefahr bringen können. Prof. SIMPSON möchte aus dieser Discussion alle zymotischen Fälle eliminiren. Es gebe wohl verschiedene Arten von Puerperalfieber, denn die Puerpera kann von Scarlatina oder anderen zymotischen Affectionen ergriffen werden, aber die grössten Vervollkommnungen auf diesem Gebiete waren das Resultat davon, dass man die verschiedenen Quellen für die Entwicklung gefährlicher Mikroben kennen lernte.

Welche Theorien immer über die Natur und die Art der Wirkung der Streptococcen und anderer Keime bestehen können, so sei es auf jeden Fall nach dem heutigen Stande unseres Wissens klar, dass es von der allergrössten Bedeutung sei, dass wir ihre Gefahr erkennen und darauf bedacht seien, dass unsere Hände und Instrumente, so wie auch die der Hebamme und der anderen Umgebung der Kranken gründlich desinficirt werden. Einer der wichtigen Schlüsse, der daraus für uns selbst und für unsere jüngeren Collegen abzuleiten ist, geht dahin, dass wir unsere Geschicklichkeit, den Stand der Geburt durch die abdominale Palpation zu erforschen, möglichst vervollkommnen, um jeder überflüssigen inneren Untersuchung aus dem Wege zu gehen.

* * *

Prof. Cullingworth: *Fälle von Puerperalfieber, in der bei weitem überwiegenden Zahl exogenetischen Ursprungs.*

Prof. CULLINGWORTH behandelte zunächst die Frage, ob eine puerperale Septicämie endogenetischen Ursprungs gelegentlich vorkommen könne, und meinte diesbezüglich, dass die Beantwortung dieser Frage von einem Punkte abhängig sei, der noch nicht entschieden ist, nämlich ob die Möglichkeit bestehe, dass nicht pathogene Organismen im Geburtscanale eine pathogene Beschaffenheit annehmen können. Redner lenkte die Aufmerksamkeit der Versammlung auf eine werthvolle Arbeit über die Bacteriologie der puerperalen Septicämie von Dr. WHITRIDGE WILLIAMS, aus dem Johns Hopkins Hospital, in Baltimore, publicirt im American Journal of the Medicial Sciences vom letzten Juli, eine Arbeit, in welcher der jetzige Stand unseres diesbezüglichen Wissens mit Geschick zusammengefasst ist.

Vom praktischen Standpunkte jedoch sei es am besten, anzunehmen, dass die puerperale Septicämie auf Rechnung einer Infection von ausen kommt, und dass in der bei weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Infection durch die Finger oder durch die Instrumente des Arztes, der Hebamme oder der Wärterin verursacht wurde. Diejenige Patientin sei am meisten gegen die Infection gefeit, deren behandelnder Arzt nach dieser Annahme handelt, während und nach der Geburt, und sein Bemühen auf die Desinfection seiner eigenen Person, der Hebamme und der Instrumente concentrirt.

* * *

Die Gefahren der Irrigationen

Bezüglich der Methoden der antiseptischen Geburtshilfe möchte Prof. CULLINGWORTH die Gefahr hervorheben, die aus dem Gebrauche der Irrigationen resultirt, da durch dieselben infectiöse Mikroorganismen aus dem unteren Theile des Genitaltractes in den oberen hinauf befördert werden. Wegen dieser Gefahr sei er der Ansicht, dass man von der Irrigation niemals Gebrauch machen solle, ausser durch den Arzt selbst oder durch eine geschickte und wohlgeschulte Hebamme. Glücklicherweise ist die Irrigation von keiner wesentlichen Bedeutung, und was die Privatpraxis betrifft, so ist es thatsächlich zweifelhaft, ob die Patientin nicht besser daran sei, wenn man an derselben keine Irrigationen vornimmt.

Man hat den Irrigationen bei Vernachlässigung der wahrhaft wichtigen Massregeln eine zu grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Was die Gefahr der Sublimatvergiftung, auf die Dr. BARNES hingewiesen hatte, betrifft, so möchte Redner die Section daran erinnern, dass sich dort, wo die Irrigationen bei Seite gelassen wurden, kein Fall von Vergiftung ereignet habe. Eine Vergiftung durch Resorption von Sublimat, könne nur dort stattfinden, wo die Lösung intern gebraucht wird. Das Sublimat sei als ein Desinficiens für den Arzt, die Hebamme und die Instrumente absolut harmloser Natur, und es kann durchaus keinem Zweifel unterliegen, wie aus den vergleichenden statistischen Daten von Dr. BOXALL im General Lying-in Hospital hervorgeht, dass das corrosive Sublimat für geburtshilfliche Zwecke, das wirksamste Antisepticum sei, das man jetzt kennt.

Dr. BARNES hatte den Wunsch ausgesprochen, dass ein eigener massgebender Codex, der die Bestimmungen betreffend den Gebrauch der Antiseptica in der Geburtshilfe enthält, geschaffen werden solle. Prof. CULLINGWORTH sei in der angenehmen Lage, der Section mittheilen zu können, dass ein solcher Codex von der ärztlichen Commission des General Lying-in Hospital herausgegeben wurde. Die Commission bestand aus den DDr. JOHN WILLIAMS, CHAMPNEYS, HERMAN und dem Redner selbst. Der Codex wurde von der Direction des Spitals gedruckt und sei vom Secretär des Spitals für den minimalen Preis eines Penny erhältlich.

(Schluss folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems.

Von **Dr. Sternberg.**

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Das vorliegende, 331 Seiten starke Buch enthält die Resultate langjähriger Untersuchungen des Verfassers über die Sehnenreflexe, über die er zum Theile schon früher in verschiedenen Arbeiten berichtet hatte, die er nun aber unter einheitlichen Gesichtspunkten zusammengefasst darstellt. Der reiche Inhalt dieses Buches, das sich auf vielseitige experimentelle Untersuchungen und auf ausgedehnteste klinische Beobachtungen — im Ganzen 6000 Individuen — sowie auf eine ungemein sorgfältige Verwerthung der Literatur stützt, die kritische und verlässliche Untersuchungsmethode und Beweisführung des Verfassers, die Fülle neuer Thatsachen lassen die Vorhersage zu, dass das Buch einen werthvollen Behelf jedweder neurologischen Forschung bilden werde.

Die Diction des Buches ist stets klar, und trotzdem der Stoff manchmal spröde ist, interessant. Der Verfasser betrachtet, wenn man so sagen darf, die gesammte Pathologie des Nervensystems vom Standpunkte der Sehnenreflexe; er streift aber des Oefteren auch andere, zum Theile discutirte Fragen, so dass er auch hier vielfach Anregung geben dürfte. Aus dem reichen Inhalte des Buches wollen wir nur einige wenige Punkte, die uns von besonderer Bedeutung scheinen, hier vorbringen.

Nach einer kurzen historischen Einleitung, einer Darlegung der Factoren, die bei der Auslösung der Sehnenreflexe in Betracht kommen, gibt STERNBERG eine Tabelle über die topographische Vertheilung der Sehnenreflexe beim Menschen, die an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lässt.

Im Capitel «Die Localisation der Sehnenreflexe im Rückenmarke» bespricht STERNBERG wesentlich im Sinne WESTPHAL's die Localisation des Patellarreflexes beim Menschen.

Die Frage, ob die Sehnenreflexe wirkliche Reflexe seien, bejaht STERNBERG entschieden. Während hiebei der Sehne nur die Rolle eines elastischen Mediums für die Uebertragung der durch den Schlag erzeugten Schwingungen zukommt, setzt sich der Sehnenreflex in Wirklichkeit zusammen aus einem Knochenreflex, vermittelt durch die Periostnerven, und einem Muskelreflex. Demgemäss ist auch die Ansicht GOWERS', wornach das Wesentliche die Dehnung des Muskels sei, zu verwerfen. STERNBERG bespricht weiters unter dem Sammelnamen «Klonische Phänomene» eine Reihe von Erscheinungen, deren bekantestes der Fussklonus, deren höchster Grad die Epilepsie spinale der Franzosen ist. STERNBERG sieht in ihnen eine besondere Art der Sehnenreflexe, die durch Reizung der Muskeln ausgelöst werden. — In sehr ausführlicher und lehrreicher Weise werden hierauf an der Hand eines instructiven Schemas die verschiedenen Modificationen des Ablaufes des Reflexvorganges durch Veränderungen im Reflexbogen sowie ausserhalb desselben in den verschiedenen Stationen des Centralnervensystems, der Einfluss allgemeiner, den Organismus treffender Schädlichkeiten, endlich das Verhalten der Sehnenreflexe bei Nervenkrankheiten und anderen krankhaften Processen besprochen.

Trotz des grossen Interesses, das gerade dieses Capitel bietet, müssen wir es uns versagen, hier näher darauf eingehen zu wollen. Wir erwähnen vielleicht nur, dass STERNBERG die Reflexsteigerung bei der Pyramidendegeneration auf den Ausfall hemmender Bahnen, das Fehlen der Sehnenreflexe bei gewissen Fällen von Rückenmarksdurchtrennung, sowie gewisser cerebraler Läsionen auf Reizung solcher hemmender Bahnen zurückführt.

Ein zweites grosses Capitel des Buches behandelt die Contracturen. STERNBERG nimmt dies Wort in dessen weitester Bedeutung als «Fixation eines Gelenkes», speciell hier durch musculäre Einflüsse. — Er unterscheidet die Contracturen je nach dem Verhalten der Sehnenreflexe in drei Gruppen, reflexophile, solche, welche nothwendiger Weise mit einer Steigerung, reflexdepressorische, welche nothwendiger Weise mit einer Herabsetzung der Sehnenreflexe einhergehen, und endlich in solche welche die Reflexe unbeeinflusst lassen, reflexoneglectorische. — Auch hier werden nun im Einzelnen die Verhältnisse bei den verschiedensten Läsionen besprochen und ihre Stellung im Schema erörtert. Die bisher meist übliche Eintheilung der Fälle in «cerebrospinale spastische» und in «spino-peripherische schlaffe Lähmungen» genügt nicht, sondern es ist zu beachten, dass eine Läsion von reizendem Character gleichzeitig sowohl Hemmungen für die Sehnenreflexe, als Impulse für Contracturen ins Rückenmark senden kann. Mechanische Erregbarkeit und Muskeltonus gehen durchaus nicht parallel mit den Sehnenreflexen, ebenso besteht zwischen Ataxie und Sehnenreflexen kein Zusammenhang.

Bezüglich der Bedeutung der Sehnenreflexe für den Organismus kommt STERNBERG zu dem Schlusse, dass dieselben einen Apparat zur reflectorischen Fixation der Gelenke bei Stössen und Zerrungen, eine Schutzvorrichtung gleichsam darstellen, um das Gelenk unversehrt zu erhalten.

Eine Zusammenfassung der theoretischen und diagnostischen Schlussfolgerungen des Verfassers, ein ausführliches Literaturverzeichniss und Register bilden den Schluss des Buches, das wir allen jenen, die sich für die einschlägigen Fragen interessiren, auf's Beste anempfehlen. *Dr. R.*

Grundzüge der physiologischen Psychologie

von **Wilhelm Wundt.**

Vierte umgearbeitete Anflage, erster Band.

Verlag von Engelmann, Leipzig 1893.

Wenige Werke der letzten Dezennien hatten für Aufbau und Entwicklung eines Wissenszweigs eine derartige Bedeutung, wie WUNDT's «Grundzüge», deren erste Hälfte uns nunmehr in vierter

Auflage vorliegt. Ueber die Vorzüge dieses classischen Werkes zu sprechen, ist überflüssig, seine Geschichte ist zugleich die Geschichte der experimentellen Psychologie; denn abgesehen von einigen ausgezeichneten Vorarbeiten auf psychophysischem Gebiete, wurde durch WUNDT diese Art psychologischer Forschung neu geschaffen und im weiteren Werdegang am intensivsten beeinflusst, so dass ihr Aufbau unbestreitbar seinem Verdienste zuzuschreiben ist.

Die grösste Schwierigkeit für die physiologische Psychologie lag darin, dass erst eine neue adäquate Methode begründet werden musste, deren Erfindung mindestens so hoch zu schätzen ist, wie die Resultate, welche sie lieferte. Wie glücklich man in der Lösung der methodologischen Probleme forschritt, zeigt ein Vergleich der vorliegenden Auflage mit den früheren.

In jüngster Zeit wird in naturwissenschaftlichen Kreisen der psychologischen Forschung wieder grössere Aufmerksamkeit zugewendet, wodurch das Bedürfniss nach rationeller Methodik äusserst rege geworden, um vor Irrwegen bewahrt zu werden, welche gerade auf diesem Gebiete leichter, als sonst eingeschlagen werden. Diesem Bedürfniss entspricht das Werk in eminenter Weise durch Vorführung und eingehende Erörterung psychologischer Untersuchungsmethoden, wodurch die vorliegende Auflage sich gegenüber den älteren als wesentlich verändert charakterisirt.

Die sonstigen Verbesserungen, wozu auch die Vermehrung der ausserordentlich instructiven und sorgfältigst ausgeführten Holzschnitte zählt, erstrecken sich so gleichmässig auf alle Theile des Werkes, dass ihre Hervorhebung mehr Raum als den gebotenen erheischte; besonders die Lehre von der Empfindung, ein Lieblingsthema des Autors seit Beginn seiner psychologischen Studien, ist wieder reichlichst vertieft und erweitert.

So wird die neue Auflage, gleich ihren Vorgängerinnen allen Freunden dieses interessanten Wissenszweiges und noch mehr denen, welche sich selbst mit psychologischen Untersuchungen ernstlich beschäftigen, willkommen sein. *Dr. M. N.*

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes

mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Dr. Albert Rosenberg**

I. Assistenten an der königlichen Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin.

Mit 178 Abbildungen und einer lithogr. Tafel.

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

In einem verhältnissmässig engen Rahmen den bezeichneten Gegenstand in den Hauptpunkten erschöpfend dargestellt zu haben, ist eine Kunst, welche bisher Wenigen, und in diesem Specialfache vielleicht noch Niemandem gelungen ist. Es ist in der That in dem, etwas mehr als 300 Seiten umfassenden Buche alles Bemerkenswerthe angeführt, stellenweise sogar kritisch beleuchtet, wozu der Autor nach nahezu 12jähriger Thätigkeit als Assistent der B. FRÄNKEL'schen Poliklinik wohl berechtigt erscheint. Was man an dem Buch eventuell aussetzen könnte, sind Kleinigkeiten, die bei einer voraussichtlich in Bälde erscheinenden zweiten Auflage mit Leichtigkeit eliminirt werden könnten. So sind die stellenweise langen, nicht ganz verständlichen Sätze, störend.

Eine kleine stylistische Ciselirarbeit würde entschieden für eine raschere und bequemere Perception von Vortheil sein. Von wissenschaftlichem Standpunkte kann nicht verschwiegen werden, dass die Citate der Arbeiten zu einseitig sind. Man merkt allenthalben, dass der Autor sich gewöhnlich nur der ihm geläufigen Namen und Arbeiten erinnert, wodurch sich derselbe kaum des Dankes seiner Collegen auf laryngologischem Gebiete erfreuen dürfte. Indess sind diese erwähnten Uebelstände Kleinigkeiten, welche die auffallenden Vorzüge des Buches kaum schmälern dürften. Die Verlagshandlung hat sich um die gefällige Ausstattung und den schönen Druck verdient gemacht. *Dr. M. H.*

Die augenärztlichen Operationen.

Von **Dr. Wilhelm Czermak,**

k. k. Universitäts-Professor in Innsbruck.

2., 3. und 4. Heft.

Verlag von Carl Gerold's Sohn. Wien 1893.

Nachdem der Autor das im 1. Hefte begonnene Capitel über Antisepsis zu Ende geführt, gibt er einige praktische und durchaus beherzigenswerthe Winke über Vorbereitung des zu Operirenden vor der Operation, über seine Lagerung während und nach geschehenem Eingriff, und dergleichen mehr. Sodann wendet sich Verfasser zur Besprechung der eigentlichen Operationslehre, mit den Lidern beginnend. Eine ganz gediegene anatomisch-physiologische Einleitung über den Bau und die Function der in Betracht kommenden Organe ist vorangeschickt.

Verfasser geht von dem Grundsatze aus, dass nur der die Krankheiten der Lider verstehen und richtig operativ behandeln wird, der in den Mechanismus dieser complicirten Organe genau eingeweiht ist, und sucht die etwas schwierigen Verhältnisse dem Leser durch gediegene Abbildungen zu erläutern.

Die einzelnen Operationen selbst sind mit einer Gründlichkeit behandelt, wie wohl in keinem der existirenden Werke über Augenheilkunde. Jeder einzelne der pathologischen Zustände wird klinisch beleuchtet, sodann die verschiedenen üblichen Methoden erwähnt und kritisch besprochen. Nahezu jeder Operationsmethode sind überlebensgrosse Abbildungen beigegeben, und Verfasser hat es sich angelegen sein lassen, namentlich die Nahtverhältnisse in gelungener Weise zur Anschauung zu bringen, wofür ihm Jeder, der sich in dem Buche Raths erholen wird, dankbar sein dürfte, da es ja bekannt ist, dass speciell bei den plastischen Operationen ein gutes Bild weit mehr orientirt, als eine noch so ausführliche Beschreibung. Mit besonderer Sorgfalt ist das Capitel Ectropium behandelt, und auch den in neuerer Zeit so vervollkommneten Methoden der Blepharoplastik hat Verfasser ganz specielles Interesse gewidmet. Das Lob, das wir bei Besprechung der 1. Lieferung der Ausstattung ertheilten, können wir heute nur in verstärkten Masse wiederholen. *Dr. A. P.*

Sanitätsbericht über die königlich preussische Armee,

das XII. (königlich sächsische) und das XIII. (königlich württembergische) Armeecorps.

Für das Berichtsjahr vom 1. April 1889 bis 31. März 1890.

Verlag von E. S. Mittler & Sohn, königliche Hofbuchhandlung.

Der vorliegende Sanitätsbericht enthält eine Fülle werthvollen statistischen Materials in ansprechender Form, und ausserdem eine Menge interessanter Krankheitsfälle im Auszug oder ausführlich mitgetheilt. Die Medicinalabtheilung des königlich preussischen Kriegsministeriums, welcher die Bearbeitung des Sanitätsberichtes oblag, hat eine ausserordentlich schwierige Arbeit in musterhafter Weise gelöst. Die Ausstattung des umfangreichen Werkes, dem 7 Karten, 2 Tafeln graphischer Darstellung und 2 Tafeln Abbildungen beigegeben sind, ist eine vortreffliche. *F.*

Zeitungsschau.

Prof. Dr. Alexander Poehl (St. Petersburg): **Zur Erklärung der Wirkung des Spermin als physiologisches Tonicum auf die Autointoxicationen.** (Berl. klin. Wochenschr., Nr. 36, 1893).

In einer früheren Arbeit hat Verfasser schon mitgetheilt, dass das Spermin bei subcutaner Anwendung ein physiologisches Tonicum in Schwächezuständen aller Art darstellt und in späteren Untersuchungen fand er, dass dasselbe nicht nur ein specifischer Bestandtheil der männlichen Zeugungsorgane ist, sondern auch in der Schilddrüse, Thymus, Bauchspeicheldrüse, in der Milz, den Eierstöcken sich findet, ja sogar unter normalen Bedingungen als physiologischer Bestandtheil im Blut circulirt. — Die Spermacrystalle (Sperminphosphat) erwiesen sich als identisch mit den CHARCOT-LEYDEN'schen Krystallen.

Das Spermin ist ein Leukomaïn, d. h. ein Product der regressiven Metamorphose der Eiweisskörper und zwar im Gegensatz zu anderen derartigen Verbindungen, die sich entweder als für den Organismus indifferent oder schädlich erwiesen, eine für die Erhaltung der Lebensthätigkeit des Organismus wichtige Substanz.

Die BROWN-SÉQUARD'sche Testikelemulsion enthält nach des Verfassers Analysen ausser Eiweissstoffen, Nucleïn, Lecithin, Fetten etc. noch Hypoxanthin, Guanin, Kreatin, Kreatinin, Spermin. Das Spermin (POEHL) wurde durch Versuche als das wirksame Princip dieser Emulsion nachgewiesen.

Das Spermin übt einen ausgesprochenen Einfluss auf Oxydationsvorgänge; es hat die Eigenschaft durch katalytische Wirkung die herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes wieder herzustellen und die sogenannte intraorgane Oxydation zu fördern. Verfasser verweist hiebei auf folgende Thatsachen:

1. Metallisches Magnesium wird in Gegenwart von Spermin in einer wässerigen Lösung von Chloriden der Edel- und auch anderer Metalle unter deutlicher Entwicklung des bekannten Spermageruches stets in Magnesiumoxyd verwandelt.

2. Die durch die Einwirkung von chemischen Agentien (Chloroform, Stickoxydul, Strychnin etc.) herabgesetzte Oxydationsfähigkeit des Blutes wird unter dem Einfluss von Spermin wieder hergestellt.

3. Das Spermin hat nach zahlreichen klinischen Beobachtungen bei verschiedenen Erkrankungen, die mit Schwächung der Oxydationsprocesse im Organismus einhergehen, wie Anämie, Neurasthenie, Scorbut, Diabetes etc. eine ausgesprochen tonische Wirkung.

4. Sperminінjectionen bewirken meist eine Vermehrung des Harnstoffes mit gleichzeitiger Verminderung der Leukomaïne im Harn.

5. Die Cholerarothreaction, die auf Reduction beruht, tritt in den Choleraculturen bei Gegenwart von Spermin nicht ein.

Da das Spermin, wie schon hervorgehoben, unter normalen Verhältnissen in verschiedenen Organen vorhanden ist und mit dem Blute im Organismus circulirt, so muss man annehmen, dass dasselbe in gewissen Krankheiten und zwar nach den obigen Auseinandersetzungen in solchen Fällen, wo die intraorganen Oxydationen herabgesetzt sind, unwirksam, inactiv d. h. unlöslich wird und sich ausscheidet, wie dies die Befunde von Sperminkrystallen (CHARCOT-LEYDEN'schen Krystallen) im Auswurf von Asthmatikern, im Blut von Leukämischen, in den Excrementen von Typhus-Pneumoniekranken etc. beweisen.

Ausser der crystallinischen Form des Sperminphosphats hat Verfasser noch eine amorphe Form gefunden. Bei vorsichtiger Neutralisation einer alkalischen Sperminlösung mit Phosphorsäure scheidet sich das Sperminphosphat in amorpher Gestalt aus und geht allmählig in Krystallform über.

Man muss dieser Reaction entsprechend annehmen, dass das Spermin bei Herabsetzung der normalen Alkalescenz der Gewebe oder des Blutes in die inactive, unlösliche Form übergeht. — Thatsächlich wurde die Alkalescenz des Blutes in verschiedenen Krankheiten: Typhus, Scharlach, Pneumonie, Gelenksrheumatismus, Diabetes etc. herabgesetzt gefunden (F. KRAUS).

In ähnlicher Weise wird auch bei Reizung des Nervengewebes durch die hiebei in demselben auftretende sauere Reaction die Alkalescenz des durchströmenden Blutes vermindert.

Es ist also in vielen Fällen eine wichtige Aufgabe der Therapie, die Alkalescenz des Blutes zu heben.

Mineralwassercuren (Karlsbader-, Emser-, Biliner Wasser), die die Alkalescenz erhöhen, ermöglichen dadurch die Sperminwirkung in den Organen und auf diese Weise durch Hebung der intraorganen Oxydationen die Fortschaffung der angehäuften schädlichen Leukomaïne. Sie sind darum in vielen Fällen eine wichtige Unterstützung für die Wirkung der Sperminінjectionen.

PAUTSCHENKO hat aus der Literatur 182 von verschiedenen Autoren mit Spermin-POEHL behandelte Fälle zusammengestellt und danach einen günstigen Einfluss der Injectionen bei Neurasthenie, Tabesdorsalis, verschiedenen anderen Nervenleiden, bei Kachexien und Marasmus constatirt. Es genügte die subcutane Injection von 1 *ccm* der zweipercentigen Lösung täglich im Verlauf von 1—2 Wochen. Niemals wurde eine schädliche Wirkung beobachtet.

Das Spermin ist nach alldem kein Specificum für irgend eine Krankheit, sondern ein wichtiges Mittel, durch Hebung der Oxydationen die bei vielen Erkrankungen auftretenden Autointoxicationen zu beseitigen; es ist ein physiologisches Tonicum.

B. S.

Neuere Arbeiten über Muskelatrophie bei Hirnläsionen.

1. Darkschewitsch: Affection der Gelenke und Muskeln bei cerebralen Hemiplegien. (Arch. f. Psych. u. Nerv. 24. Bd. 534.)

2. Eisenlohr: Beiträge zur Hirnlocalisation. (D. Zeitschr. f. Nerv. III. 260.)

3. Steiner: Ueber die Muskelatrophie bei der cerebralen Hemiplegie. (D. Zeitschr. f. Nerv. III. 280.)

4. Quincke: Ueber cerebrale Muskelatrophie. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. 299.)

1. DARKSCHEWITSCH ist geneigt die Muskelatrophie mit dem gleichzeitig bestehenden Gelenksaffectionen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen, was alle anderen Autoren läugnen.

Als charakteristisch für die hemiplegische Atrophie führt er an: Fortschreiten vom Centrum zur Peripherie, elektrisches Verhalten normal oder leichte Herabsetzung. Rapide Progression, Heilung hat DARKSCHEWITSCH nicht beobachtet, hält sie aber nicht für ausgeschlossen.

Es besteht kein Zusammenhang zwischen Atrophie und Schwere der Lähmungserscheinungen.

Anatomisch ist die Affection eine einfache Atrophie, sie ist die sogenannte frühzeitige cerebrale Atrophie im Gegensatze zu der Spätform, die spinale Ursachen hat.

Ausser dem Einfluss der Arthropathien lässt DARKSCHEWITSCH die Theorie von JOFFROY und ACHARD gelten, welche einen Einfluss der Hirnrinde auf die Vorderhornzellen des Rückenmarkes annehmen. Die Frühformen sind bedingt durch blosse dynamische Veränderungen dieser Zellen, die Spätformen durch anatomische Veränderungen (spinale Form).

2. EISENLOHR beobachtet in mehreren Fällen qualitative Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, und degenerative Atrophie der Muskeln, was er durch rapiden Verlauf der Erkrankungen erklärt. Er läugnet die Theorie von JOFFROY und ACHARD und nimmt eine d i r e c t e t r o p h i s c h e B e z i e h u n g zwischen gewissen Hirncentren und dem motorischen Apparat an, ohne auf die Vorderhornzellen zu recurriren. Wahrscheinlich liegen diese Centren im T h a l a m u s o p t i c u s, doch können auch von der Rinde aus trophische Störungen zu Stande kommen. Den Thalamus opticus hat früher schon BORGHERINI zur Erklärung der in Rede stehenden Erscheinung herangezogen. Jedenfalls um noch weitere Untersuchungen abzuwarten, bevor man eine Entscheidung trifft, oder gar die Atrophie als ein Herdsymptom des Thalamus auffasst!

3. STEINER läugnet entschieden, dass die Fälle von Hemiplegie mit Atrophie eine besondere Localisation des Krankheitsprocesses darbieten. Er stellt sämmtliche bekannte Fälle zusammen, zeigt das Ueberwiegen der linken Seite (wie bei hysterischer Hemiplegie). Gewöhnlich ist die cerebrale Atrophie (wie die hysterische) charakterisirt durch schnelles Eintreten, gleichmässiges Befallen eines ganzen Abschnittes, Stillstand bei mittleren Graden. Mikroskopisch gewöhnlich einfache Atrophie, mitunter degenerative (wie die spinale Form), elektrisch ebenfalls nicht sicher von der spinalen Form zu trennen. Bei der Erklärung der Erscheinung geht STEINER von der Thatsache aus, dass Atrophien im Gefolge von Hirnprocessen am häufigsten im Kindesalter beobachtet werden. Trophische Centren sind nur die Vorderhornzellen. Diese stehen jedoch im jugendlichen Alter in starker Abhängigkeit vom Gehirn und werden durch Unterbrechung der corticomusculären Bahn leistungsunfähig. Im späteren Alter werden die Vorderhornzellen selbständig, ausnahmsweise jedoch bleiben sie abhängig vom Hirn. Der Grad dieser Abhängigkeit ist individuell verschieden. Daher auch verschiedene Grade der cerebralen Atrophien.

4. QUINCKE theilt neue Beobachtungen mit, aus denen in Ergänzung zu den früheren hervorgeht, dass die Atrophie selbst nach sechsmonatlichem Bestehen verschwinden kann, andererseits

trotz wieder hergestellter Beweglichkeit fortbestehen kann. Ein Zusammenhang mit Arthropathien oder Intensität der Lähmung besteht absolut nicht. QUINCKE glaubt, dass man ohne Annahme trophischer Centren im Gehirn nicht auskommen kann. Dieselben können cortical oder subcortical liegen. Die den trophischen Einfluss führenden Fasern verlaufen wahrscheinlich in der Nähe der sensiblen Bahn (Thalamus opticus), ihren Einfluss machen sie auf die Vorderhornzellen geltend und damit nähert sich QUINCKE im Gegensatz zu EISENLOHR, der Theorie der Franzosen. *R. K.*

H. Quincke (Kiel): **Ueber Tag- und Nachtharn**. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 32, Heft 3 und 4, 1893.)

Es ist eine altbekannte Thatsache, dass der während des Tages abgesonderte Harn im Allgemeinen reichlicher, heller und dünner ist, als der Nachtharn.

Dieser Unterschied wird in erster Liniei durch den Unterschied in der Verschiedenheit der Flüssigkeitszufuhr zum Organismus hervorgerufen. Dass aber dabei auch die verschiedene Körperstellung und der Schlaf eine gewisse Rolle spielt, wurde bereits von mehreren Autoren nachgewiesen.

WENDT brachte bei gleichmässiger Lebensweise zwei Tage sitzend, zwei andere auf der Seite liegend zu. Die Harnabsonderung war namentlich in den Nachmittagsstunden in der Seitenlage grösser und zwar im Verhältniss von 148 bis 176 : 100.

In einer zweiten Versuchsreihe trank WENDT morgens nüchtern 1200 *ccm* Wasser von 35° C und urinirte in den folgenden 4 Stunden viertelstündlich. An 7 Tagen brachte er diese Zeit sitzend, an 7 Tagen in Seiten- oder Knieellenbogenlage zu. Die mittlere Urinmenge pro Minute war dann:

im Sitzen	im Liegen	Verhältnisse
4·23 *ccm*	5·5 *ccm*	100 : 130

Verfasser selbst beobachtete, dass die Erscheinung der morgendlichen Harnfluth nur bei Bettlage deutlich und durch Aufstehen verdunkelt wird.

Auch LÄHR fand, dass ruhige Bettlage eine Steigerung der Urinmenge bedingt.

Verfasser führt des Weiteren noch diesbezügliche Angaben anderer Autoren an und kommt zur folgenden Schlussfolgerung:

Während bei liegender Körperstellung die Harnsecretion steigt, wird sie durch den Schlaf und die aus mangelnder Zufuhr entspingende Wasserverarmung des Körpers während der Nacht vermindert; die letzteren beiden Momente überwiegen gewöhnlich, so dass die Harnsecretion in der Nacht (pro Stunde berechnet) im Allgemeinen spärlicher (und der Harn concentrirter) als bei Tage ist.

Verfasser machte sich nun zur Aufgabe, zu untersuchen, ob und wie weit dieses für gewöhnlich geltende Verhältniss zwischen Tag- und Nachtharn durch Krankheitszustände abgeändert werde.

Die Untersuchungen an Herz- und Nierenkranken ergaben folgendes:

In der Nacht war eine reichlichere Harnsecretion vorhanden, nicht nur in dem Sinne, dass in der Nacht die stündliche Secretion weniger weit als normal hinter der des Tages zurückbleibt, sondern sehr oft so, dass sie dieselbe übersteigt und Tag zu Nacht sich verhält wie 2 : 3 und mehr. Dieses Ueberwiegen der nächtlichen Secretion findet sich aber nicht nur bei Kranken, die Tags über das Bett verlassen und dabei vielleicht in ihrer unteren Körperhälfte Oedeme bekommen, sie findet sich ebenso gut bei beständig bettlägerigen Kranken.

Dieses Ergebniss vermuthete Verfasser auch von vornherein. Es erschien ihm nämlich wahrscheinlich, dass bei solchen Personen, welche beim Stehen und Gehen Oedeme der Füsse bekommen, die am Tage aufgespeicherten Wassermengen, wenn sie Nachts — mit dem Schwinden der Oedeme wieder in die Circulation gelangen, nur ganz oder theilweise in den Urin übergehen, dass also das physiologische Verhältniss zwischen Tag- und Nachtharn sich verschieben oder gar umkehren werde.

Bei den Nierenkranken zeigt sich die nächtliche Polyurie etwa in derselben Weise und in demselben Masse wie bei den Herzkranken.

Bei Prostatakranken ergibt sich ein erhebliches, zum Theil ganz enormes Ueberwiegen der nächtlichen Harnsecretion gegenüber der bei Tage.

Verfasser untersuchte diesbezüglich noch andere Kranke (Carcinoma ventriculi, Diabetes insipidus) und stellte fest, dass die Intensität der Harnausscheidung für die festen Stoffe so gut wie für das Wasser, in der Nacht grösser ist als am Tage.

Die Untersuchungen des Verfassers haben also ergeben, dass das Verhältniss der Harnsecretion bei Nacht zu der am Tage bei vielen Kranken ein wesentlich anderes ist als bei Gesunden.

Während bei diesen die stündliche Secretion bei Tag und Nacht sich verhält, wie etwa 100 : 25 bis 100 : 60, steigt bei Kranken die nächtliche Harnsecretion mehr oder weniger, so dass das Verhältniss 100 : 100 bis 150 selbst 100 : 200 werden kann.

Bei Gesunden wie bei Kranken scheint Aufstehen und Bewegung bei Tage die nächtliche Secretion zu steigern, oder mit anderen Worten die Secretion vom Tage nach der Nacht hin zu verschieben. Allein der Einfluss des Aufstehens oder Bettliegens ist untergeordnet und nicht einmal immer erkennbar. Die Verschiebung der Secretion vom Tage nach der Nacht hin, ist ebenso auffällig bei beständig bettlägerigen Kranken.

Es bleibt also nichts übrig, als im Schlafe und in der äusseren Ruhe in dem Wegfall so vieler von aussen wirkender Reize, die Ursache dieser nächtlichen Pulyurie zu suchen. Sie fand sich bis jetzt bei Herz- und Nierenkranken, bei alten Prostatikern bei einem alten Carcinomatösen, bei einem Diabetes insipidus. *Rdt.*

Aus der Universitätsfrauenklinik in Giessen.

Dr. Heinrich Kayser, erster Assistenzarzt der Klinik: **Ueber den Einfluss des Salipyrins bei Gebärmutterblutungen.** (Sonderabdruck aus der Deutschen Medicinischen Wochenschrift 1893, Nr. 43.)

Das Salipyrin Riedel, welches aus Salicylsäure und Antipyrin besteht, hat bekanntlich schon seit längerer Zeit den therapeutischen Hilfsmitteln der inneren Kliniker angehört.

Was die Wahl der Frauen anlangt, so hat Verfasser principiell nur die Blutungen bei krebsigen Processen der Gebärmutter und Geburts- resp. Abortblutungen ausgeschlossen, eine Ausschliessung, welche sich schon aus dem therapeutischen Handeln in der Klinik ergeben muss. Selbstverständlich konnte bei solchen Frauen, bei denen es sich um besonders reichliche Blutungen und daraus resultirende bedrohliche Anämie handelte, nur von einem kurzen Versuch mit Salipyrin die Rede sein: dieser Versuch musste in diesen Fällen — es sind deren drei — bald dem eingreifenden Verfahren, der Abrasio der blutenden Gebärmutterschleimhaut, weichen. Ob in diesen drei Fällen ein längerer Salipyringebrauch die Blutung zum Stehen gebracht haben wurde, mag dahingestellt sein. Rechnet Verfasser diese drei Fälle zu Ungunsten des Salipyrins, so kann er denselben aus der Zahl der anderen Fälle füglich nur noch einen vierten anfügen.

Das sind vier Fälle, bei welchen das Salipyrin keinen Nutzen gebracht hat. In den anderen zwölf beobachteten Fällen lässt sich eine günstige Wirkung des Mittels nicht verkennen.

Es handelte sich um Blutungen bei Frauen im Alter von 28—48 Jahren. Die klinische Diagnose lautete in drei Fällen: Metritis und Endometritis uteri, in zwei Fällen Stenosis orificii interni mit consecutiver Metritis und Endometritis, in je einem Falle Entzündung der Anhänge, alte Perimetritis resp. Retroflexio uteri mit Endometritis hämorrhagica resp. endlich Myoma submucosum. In allen diesen Fällen konnte eine recht gute Wirkung des Salipyrins bezüglich Dauer und Stärke der Menses beobachtet werden. Schmerzen, soweit solche mit den Blutungen in Zusammenhang standen, wurden durch Salipyrin niemals beeinflusst. Bei vier der Patienten war die Wirkung eine nachhaltige, die fünfte Patientin

klagte später wieder nach Aussetzen des Salipyrins über dieselbe Stärke und Dauer der Blutungen.

Nach diesen Beobachtungen glaubt Verfasser dem Salipyrin einen gewissen günstigen Einfluss auf die Gebärmutterblutungen zusprechen zu dürfen, indem letztere durch das Mittel bezüglich ihrer Stärke und Dauer, soweit sie mit der Menstruation in Zusammenhang stehen, eine Einschränkung erleiden; Blutungen, welche nicht an die Periode gebunden sind, hörten, falls es sich nicht um solche bei krebsigen Processen oder grösseren Tumoren und Geburts- und Abortblutungen handelt — hierüber liegen keine Untersuchungen vor — nach längerem Salypiringebrauch auf. Schmerzen, welche bei den Menses und bei den Blutungen überhaupt vorhanden sind, werden durch das Mittel nicht beeinflusst, Einen besonderen Werth scheint das Mittel bei den Blutungen. welche dem Climacterium häufig vorangehen, zu besitzen. Eine Dauerwirkung des Salipyrins lässt sich bis jetzt noch nicht mit Sicherheit feststellen.

Um namentlich über letzteren Punkt in's Klare zu kommen, bedarf es noch vielfacher Untersuchungen. Die Empfehlung des Mittels ist aber um so eher angezeigt, als beim Gebrauch desselben bis jetzt üble Nebenwirkungen noch nicht beobachtet sind. Verfasser selbst hörte nur zwei Patienten über etwas Sausen vor den Ohren und Glockenläuten sich beschweren, Klagen, die übrigens bei den grösseren Blutverlusten auch durch diese ihre Erklärung finden können.

Was die Dosirung des Mittels anlangt, so möchte Verfasser nach diesen vorläufigen Untersuchungen pro dosi 1, pro die 3 *g* empfehlen. Man beginnt die Darreichung bei menstruellen Blutungen am besten tags vor oder mit dem Eintritt der Menses.

Das Mittel wird in Pulverform oder auch recht praktisch in der Form der Tablettae compressae wie sie von Dr. KADE (Berlin) dargestellt werden, gegeben. *F.*

Boleslaus von Broekere (Dissertat. Greifswald): **Hautausschläge und psychische Störungen.** (Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XVII. Nr. 6. 1893.)

Verfasser bespricht einleitend das Verhältniss der organischen Ergasien, die sich als Kinesie, Ekkrisie und Trophie — Bewegung Secretion und Ernährung — kundgeben, zu den psychischen Störungen. Am häufigsten kommen die geistigen Spannkräfte als Kinesien sichtbar zur Lösung. Die Wuth kommt in Faustschlägen, der Zorn im Beissen der Lippen, Knischen der Zähne etc. zum Durchbruch. Bei Epileptikern kommen Hyperkinesien in Form von Krampfanfällen, bei Melancholikern in Form von Tobsuchtsanfällen zum Vorschein. Zuweilen kann vicariirend für die Kinesie die Ekkrisie (Secretion) eintreten. Beispielsweise befreit ein plötzlicher, ergiebiger Schweissausbruch zuweilen den Epileptiker vor einem Krampfanfalle etc.

Manche Hypertrophien der Haut, Haare, Nägel, stärkere Pigmentirung sind auf eine gesteigerte Ernährung in Folge gesteigerter Erregbarkeit zurückzuführen, wie umgekehrt gewisse atrophische Zustände der Haut und Haare und verminderte Pigmentirung derselben in einer verminderten Ernährung in Folge herabgesetzter oder aufgehobener Erregbarkeit ihre Ursache haben. So wurde beispielsweise bei einer Idiotin, während dieselbe sich im erregten Zustande befand, das Haar goldröthlich, und wenn sie in den stuporösen Zustand verfiel, gelblichblond.

Bei Geisteskranken ist die Haut weniger widerstandsfähig, weshalb bei denselben leicht Decubitus, Akne-, Furunkel und Karbunkelbildung auftritt.

Verfasser erörtert das Verhältniss von Psychosen zu einzelnen Hautaffectionen, wie Erysipelas, Pityriasis, Psoriasis, Roseola, Urticaria, Erythema, Lichen, Herpes zoster, Pemphigus, Eccema u. A. und bringt kasuistisches Material bei.

J. Ruslow: Zur Casuistik der Erkrankung des Centralvervensystems bei Gonorrhoe. (Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 15—30. — St. Peterburger medicinische Wochenschrift Nr. 38. 1893.)

Bei einer 26 jährigen Frau, die an Gonorrhoe und gonorrhoischen Gelenksaffectionen litt, stellten sich folgende Symptome ein: lancinirende, im Verlauf der nn. ischiadici ausstrahlende Schmerzen; klonische Krämpfe der Muskeln der unteren Extremität und des Bauches; rasch fortschreitende Atrophie der Oberschenkel- und Beckenmuskulatur, erhöhte Haut- und Muskelreflexe; im weiteren Verlauf völlige Paralyse der unteren Extremitäten, Parese der Harnblase und des Mastdarms. Decubitusbildung. Von Seiten des Herzens traten ganz interessante Symptome auf; diese bestanden in paroxysmenartig einsetzender functioneller Herzschwäche (Dilatation der Ventrikel, Stauungserscheinungen) und in plötzlich auftretender Tachycardie. Section wurde nicht gestattet. Verfasser hält das ganze Krankheitsbild für eine acute Meningo-myelitis, die wohl zur Gonorrhoe in Beziehung stand.

Brigidi: Enteritis mycotica. (Gazzetta degli Ospitali 1893 Nr. 103).

Ein robuster Mann, 28 Jahre alt, wird nach einem mit Kopfschmerzen, Vomitus und Diarrhoë einhergehenden Unwohlsein, von hohem Fieber mit Delirien befallen: es zeigt sich eine scharlachähnliche Eruption über dem ganzen Körper und nach drei Tagen tritt der Tod ein.

Die Section ergibt: Hirnhäute bis in die feinsten Gefässe injicirt, Hirnsubstanz hyperämisch; Dünndarm eine Strecke weit stark geröthet, die entsprechenden meseraischen Drüsen geschwollen und hyperämisch; Leber und Milz blutreich ohne besondere krankhafte Alterationen.

Ganz bemerkenswerthe Läsionen fanden sich an einer circa 50 *cm* langen Dünndarmstrecke: man beobachtete hier hirsekorngrosse Knötchen von grauröthlicher oder graugelblicher Farbe und zahlreiche kleinere Ulcerationen; die tiefsten Geschwüre reichten bis zur muscularis. Der grösste Theil der Knötchen sass in der Submucosa. Aus dem Safte der Knötchen gewann man Coccen. In den Präparaten des Darmes fand man capillare Thrombosen, bestehend aus Coccen. Es handelte sich also in diesem Falle um eine Darmmycose eigener Art. *A. D.*

Wolfenstein (Cleveland, Ohio): **Larynx und Pharynxparästhesien als Frühsymptom der Lungentuberkulose.** (Medic. News 1893, Nr. 1081.)

Schon von früheren Autoren wurden Parästhesien des Larynx und Pharynx als ein Frühsymptom der Lungentuberkulose erwähnt. WOLFENSTEIN kann diese Beobachtungen aus eigener Erfahrung bestätigen. In einem seiner Fälle traten solche Parästhesien zu einer Zeit auf, wo noch keinerlei Lungenveränderungen physikalisch nachweisbar waren. Sie äussern sich als Kitzeln, Brennen, Fremdkörpergefühl, Trockenheit oder Kältegefühl im Halse; charakteristisch für sie ist der fortwährende Wechsel ihrer Localisation, bald im Kehlkopfe, bald an verschiedenen Stellen des Rachens. Theilweise sind sie auf eine die Lungentuberkulose begleitende Anämie des Kehlkopfes zurückzuführen. In Fällen, wo die Anämie noch nicht nachweisbar ist, glaubt Verfasser mit IURASZ diese abnormen Sensationen auf Nerven-Irradiation von den Lungenästen des Vagus auf seine Larynxäste beziehen zu sollen. Eine sorgfältige Untersuchung des Nasenrachenraumes wird vorerst eine locale Ursache der Parästhesie, wie Katarrhe der betreffenden Gebilde auszuschliessen haben, desgleichen kleine Schleimhautverletzungen, wie sie durch spitzige Speisebrocken hervorgerufen werden. Die abnormen Kehlkopfsensationen der Hysterischen treten fast immer als Globulus hystericus auf, Hypochondrie — besonders bei Syphilophoben — ist anamnestisch zu erheben. In allen anderen Fällen kann bei bestehender hereditärer Belastung beginnende Lungentuberkulose als Ursache der Parästhesie des Larynx angenommen werden. Kreosot in steigender Dosis brachte diese Parästhesien bald zum vollständigen Verschwinden. *W. Sch.*

Dr. E. Monin (Paris): **Einige Bemerkungen über die Behandlung der Dyspepsien.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

HAYEM und Germain SÉE haben die durch Thatsachen bekräftigte Behauptung aufgestellt, dass die dyspeptischen Zustände von den Störungen des Magenchemismus, einer Steigerung oder Verminderung der normalen Chlorhydrie, einer Hyperpesie oder Hypoacidität herrühren. Ebenfalls steht es fest, dass eine gewisse Anzahl hartnäckiger Dyspepsien, die von Stagnation und Gährung der Speisen, von Congestionen des Magens und beständigen Indigestionen mit gastro-intestinalem Meteorismus begleitet sind, mit einer Art subacuter Gastritis oder chronischem Magenkatarrh zusammenhängen. Denn seit dem Missbrauche, den man mit den BROUSSAIS'schen Lehren getrieben, ist es Sitte, diesen abscheulichen Namen Gastritis nicht mehr auszusprechen und alles mit secretorischen, nervösen oder mechanischen Einflüssen in Verbindung zu bringen. Indess sind selbst die intransigentesten Feinde der Gastritis genöthigt, eine solche häufig anzunehmen, wäre es auch nur mit Bezug auf die Alkoholiker, deren Zahl heute Legion ist!

Zu Beginn eines Magenkatarrhs wird die Reinigung der Verdauungssäfte und die Hemmung der abnormen Gährungen durch die Verabreichung einiger Gläser Hunyádi János sehr leicht erzielt. Ein Gleiches gilt bei der atonischen Dyspepsie, wie dies Prof. MAGGIORANI (Rom) beobachtet hat. Wenn hier die Ableitung infolge dieses vervollkommneten Typus eines salinischen Abführmittels von so grossem Vortheil ist, so geschieht dies vor allem dadurch, dass das venöse Pfortadersystem entlastet und die Blutstauungen eingeschränkt werden. Heilt nicht oft die Natur selbst die Magen-Affectionen durch das Darmemunctorium, dessen Hypersecretion die *restitutio ad integrum* des gesammten Verdauungscanals herbeiführt?

Wir beobachten, dass diese providentiellen Krisen vor allem bei arthritischen und herpetischen Individuen vorkommen. Der alte STOLL erklärte sie durch eine schärfere Beschaffenheit der Galle, die in ihrem Abflusse eine Irritation und Hypercrinie der Darmschleimhaut bewirken soll. Eine Purgirung durch salinische Abführmittel wird diese Wirkung kräftigst unterstützen.

Die Nützlichkeit des Hunyádi János bei der Behandlung der Gastropathien braucht also klinisch nicht weiter erwiesen zu werden, sie soll nur noch pathogenetisch beleuchtet werden. Das fragliche Wasser hindert, wie wir bereits sagten, Stauungen in der Leber; ausserdem neutralisirt es die überschüssige Säure mittelst des in ihm enthaltenen Magnesiumcarbonates und der Natrium-Calciumcarbonate. Seine kathartische Wirkung hindert die Ansammlung oder auch die Bildung von Alkaloïden, Ptomaïnen, Leukomaïnen, die aus der Spaltung von Eiweisskörpern hervorgehen und die heftige Gifte darstellen, welchen ich die Mehrzahl der sympathischen Erscheinungen und der nervösen oder hypochondrischen Complicationen, die in der Regel mit jeder Art Dyspepsie verbunden sind, zuzuschreiben geneigt bin.

Die natürliche salinische Purgirung stellt die normale Magenfunction wieder her und bringt die Schmerzen zum Verschwinden, Dank einer Art Detersion der schleimerzeugenden Follikeln, deren katarrhalische Entzündung den dyspeptischen Zustand verursacht oder unterhält. Sie triumphirt desgleichen über jenen Zustand von Alternativen zwischen Diarrhoe und Verstopfung, die fast ein Charakteristikon von der gastro-intestinalen Atonie sind. Sie befreit den Verdauungscanal von jenen irritirenden Substanzen, die ihn entzünden, sie fördert die peristaltischen Darmbewegungen; sie übt endlich durch den bekannten Einfluss der neutralen Salze eine substituirende Wirkung aus, indem, wie TROUSSEAU richtig behauptet hat, eine örtliche specifische und bösartige Entzündung durch eine ebenfalls specifische jedoch die Heilung anstrebende Revulsion ersetzt wird. Um nichts unerwähnt zu lassen, müssen wir noch hinzufügen, dass auch die Physiologie zeigt, dass Hunyádi János das Verdauungsvermögen der Pepsindrüsen und des Pancreas empfindlich steigert.

Bei neurasthenischen Dyspepsien und Magendilatationen, wo es von Wichtigkeit ist, die Retraction des Magens zu begünstigen und die putriden Gährungen, sowie die daraus resultirende Diarrhoe hintanzuhalten, wird das Hunyádi János gleichfalls das Abführmittel der Wahl sein.

Bei dem einfachen Ulcus ventriculi herrscht für gewöhnlich die Koprostase, die durch Einleitung eines Milchregimes noch hartnäckiger wird; die Hyperchlorhydrie ist stark ausgesprochen und die gastrischen Krisen verursachen die heftigsten Schmerzen: kleine Dosen des erwähnten ungarischen Mineralwassers, wiederholt genommen, werden in der Regel über alle diese Symptome den Sieg davontragen, ohne dass eine Gastrorrhoë eintreten würde.

Die salinische Purgirung ist also bei der Mehrzahl der Magenkrankheiten indicirt und das Hunyádi János-Wasser verdient hier vor allen anderen Abführmitteln den Vorzug.

Standesfragen und Korrespondenz.

Das Berufsgeheimniss des Arztes*).

Von **Dr. A. Kühner.**

Ein Arzt in Luxemburg ist vor Kurzem wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses, begangen durch Veröffentlichung einer Abhandlung, welche ehrenrührige, wenn auch wahre Thatsachen des Familienlebens Anderer enthielt, zu 15 Tagen Gefängniss verurtheilt worden. Diese Strafsache hatte noch ein Nachspiel, indem verschiedene in jener Publication betroffene Personen, unter Anderen ein belgischer Rechtsanwalt und ein Hauptmann a. D. Civilklage erhoben gegen den die Ehre der betreffenden Familien schädigenden Arzt. Das Landgericht sprach vier verschiedenen Klägern Schadenersatz zu von je 2400 Mark. Einem anderen Kläger war im Strafverfahren eine Summe von 6400 Mark zugesprochen worden.

Es erscheint von ungemein praktischer Wichtigkeit, an die gesetzlichen Bestimmungen zu erinnern, welche in allen civilisirten Staaten die Wahrung des Berufsgeheimnisses des Arztes fordern, sowie auf die unheilvollen Folgeerscheinungen hinzuweisen, welche sich an die Nichterfüllung jener Pflichten knüpfen. Gegen keine der Berufspflichten wird von dem Arzte alltäglich so oft verstossen, als gegen die Wahrung der ihm anvertrauten Privatgeheimnisse; dass solche Verstösse nicht allenthalben geahndet werden, beruht wohl zunächst auf der Thatsache, dass eine Strafverfolgung nur auf Antrag geschieht, dass aber das Bewusstsein dieser dem Antragsteller zumeist unbekannt.

Wenn wir uns zunächst die Fassung der bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen vergegenwärtigen, so erscheint es von grossem Interesse, die Form des deutschen, österreichischen und ungarischen Strafgesetzbuches mit einander zu vergleichen.

Der hier in Betracht kommende § 300 für das Deutsche Reich lautet:

> «Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Vertheidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.»

Die bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen Oesterreich umfasst der § 498, welcher besagt:

> «Ein Heil- oder Wundarzt, Geburtshelfer oder eine Wehmutter, welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Person jemand Anderem als der ämtlich anfragenden Behörde entdecken, sollen für die Uebertretung das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf drei Monate, das sweite Mal auf ein Jahr, das dritte Mal für immer bestraft werden.»

Das ungarische Strafgesetzbuch fasst die Bestimmungen in dem § 328 folgendermassen:

> «Oeffentliche Beamte, Advokaten, Wundärzte, Apotheker und Hebammen, welche ein ihnen Kraft ihres Amtes, ihrer Stellung oder ihrer Beschäftigung zur Kenntniss gelangtes, den guten Ruf ihrer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss ohne begründete Ursache einem Dritten offenbaren, begehen ein Vergehen und werden auf Antrag der verletzten Partei mit Gefängniss bis zu drei Monaten und an Geld bis zu 1000 fl. bestraft.»

---

*) Wenn der Leser der vorliegenden Abhandlung in einem anderen Blatte eine gleichnamige Betrachtung des Verfassers finden sollte, so wird ein Vergleich lehren, dass beide Arbeiten als selbstständige, originale, sehr gut neben einander bestehen können. Dr. K.

Die den vorstehenden gesetzlichen Bestimmungen gemeinsame Eigenthümlichkeit, dass unter den im Gesetze einzeln aufgezeichneten Berufsarten die Geistlichen, denen am leichtesten Gelegenheit zur missbräuchlichen Offenbarung anvertrauter Geheimnisse gegeben sein dürfte, nicht inbegriffen sind, soll hier unerörtert bleiben. Nach dem preussischen Landrecht muss das, was einem Geistlichen unter dem Siegel der Beichte anvertraut worden, von ihm bei Verlust des Amtes geheim gehalten werden. Aehnliche Bestimmungen werden auch in Oesterreich-Ungarn gelten.

Sehr beachtenswerth und gewiss von grosser praktischer Bedeutung sind indess die durchgreifenden Unterschiede der drei beregten Gesetzgebungen. Während das deutsche und ungarische Strafgesetz die Verletzung des Berufsgeheimnisses mit Geldstrafe, eventuell Gefängniss bedroht, ahndet das österreichische Recht eine «Uebertretung» das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf drei Monate, das zweite Mal auf ein Jahr, das dritte Mal für immer!

Auch im Weiteren machen sich sehr bemerkenwerthe Unterschiede in der Fassung dieser Gesetzesbestimmung geltend. Das ungarische Strafgesetz verschärft den Begriff des deutschen «anvertraut» durch «zur Kenntniss gelangt», präcisirt genau ein «den guten Ruf einer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss» und differenzirt den Begriff «unbefugt» durch die weitere Fassung «ohne gegründete Ursache».

Was das österreichische Gesetz besonders auszeichnet, ist der Zusatz: «Entdeckung des Geheimnisses an jemand Anderen, als der amtlich anfragenden Behörde». Hierdurch wird die Stellung des Arztes vor Gericht in Betreff der Offenbarung des Berufsgeheimnisses genau präcisirt, während der deutsche Arzt sich den Standpunkt zur Wahrung des Berufsgeheimnisses vor Gericht selbst suchen muss.

Es ist von grossem Interesse nicht nur für den Juristen, sondern auch für den Arzt, eine vergleichende Uebersicht zu finden über die gesetzlichen Bestimmungen zur Wahrung des Berufsgeheimnisses in den verschiedenen civilisirten Staaten, zu ersehen, welche durchgreifende Unterschiede, sowie welche Feinheiten der Fassung der Gesetzgeber je nach den verschiedenen Rechtsanschauungen differenzirt. Vortreffliche Bemerkungen und Commentare finden Interessenten in einer soeben erschienenen Schrift von PLACZEK*), welcher mit riesigem Fleiss das gesammte Material über das Berufsgeheimniss des Arztes gesammelt und verarbeitet hat. Wir verweisen namentlich auch auf den für jeden Arzt werthvolle Winke und Rathschläge enthaltenden geschichtlichen Theil und heben hier nur die wichtigen Beziehungen der Wahrung des Berufsgeheimnisses in den mannigfaltigen Erscheinungsformen des ärztlichen Berufes hervor.

Diese Beziehungen erweisen allenthalben, dass die Stellung des Arztes zur Wahrung des Berufsgeheimnisses sehr erschwert werden kann, indem es leicht in dieser Beziehung zu einer unlösbaren Collision zweier Berufspflichten kommt. «Auf der einen Seite die gebotene unverbrüchliche Wahrung des anvertrauten Geheimnisses, auf der anderen die unbedingt erforderliche Mitwirkung des Arztes an der Förderung des Gesammtwohles. Erfüllt der Arzt seine Pflicht gegen das letztere, so begibt er sich in Gefahr, mit dem Strafgesetzbuch in Conflikt zu kommen, handelt er dagegen strikt nach dem Wortlaut des Gesetzes, so verliert er wohl seinen humanitären Lebenszweck aus dem Auge, vermeidet aber eine folgenschwere Gefahr.»

Die Combinationen und Complicationen, die sich dem Arzte bei der Wahrung des Berufsgeheimnisses ergeben, sind bei der eigenthümlichen Vertrauensstellung, welche derselbe in Haus und Familie einnimmt, so zahlreich und viel verschlungen, dass sie sich durch eine allgemeine Betrachtung gar nicht erschöpfen lassen.

Man bedenke die delicaten Beziehungen, welche durch gewisse, namentlich ansteckende Krankheiten bei der Verheiratung sowie in der Ehe in Betracht kommen können. Der Arzt kann leicht hierbei in Conflict gerathen mit der Wahrung des Berufsgeheimnisses einerseits sowie mit der unsagbar traurigen Zertrümmerung des Lebensglückes einer Person und desjenigen ihrer Familie und Nachkommenschaft. Grosse Schwierigkeiten können dem Arzte ferner erwachsen bei der Behandlung Verwundeter, bei Duellaffairen, bei der Anzeige von Verbrechen, bei Attesten, Krankenscheinen, Todtenscheinen. Wie complicirt und unentwirrbar sich bei allen diesen Forderungen die Verhältnisse gestalten können, hat PLACZEK an der Hand einer reichen, ungemein lehrreichen Casuistik erwiesen, welche wir als sehr beherzigenswerth zur Lectüre empfehlen.

Den praktischen Aerzten rufen wir die Grundsätze zu, welche die Heilkunde der brahmanischen Periode ihren Jüngern zur Richtschnur machte, Grundsätze, die von einer unendlich hohen, edlen Auffassung des ärztlichen Berufes zeugen und heute noch nach Ablauf von Tausenden von Jahren, gleiche Allgemeingiltigkeit besitzen, eine Stelle, welche wir PLACZEK verdanken, der Vergessenheit entrissen zu haben. Die betreffenden Worte lauten: «Wenn der Arzt von einem bekannten und zum Eintritt berechtigten Manne begleitet in die Wohnung des Kranken tritt, soll er wohl bekleidet, gesenkten Hauptes, nachdenklich, in fester Haltung und mit Beobachtung aller möglichen Vorsicht auftreten. Ist er drinnen, so darf Wort, Gedanke und Sinn auf nichts anderes gehen, als auf die Behandlung des Patienten, und was mit dessen Lage zusammenhängt. Die Vorgänge im Hause dürfen nicht ausgeplaudert, auch darf von einem dem Kranken etwa drohenden frühen Ende nichts mitgetheilt werden, wo es dem Kranken oder sonst jemand Nachtheil bringen kann.»

*) Dr. A. PLACZEK, Nervenarzt in Berlin, das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig. Verlag von Georg Thieme, 1893, Preis 2 Mk. 40 Pf.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten

— Berlin. Professor Dr. Henoch hat sich von seiner Thätigkeit als Lehrer an der Universität und Leiter der Klinik für Kinderkrankheiten am königlichen Charitékrankenhause zurückgezogen. — In der Charité wurde eine Klinik für Otologie unter Leitung Prof. Trautmann's und eine laryngologische Klinik unter Leitung Prof. B. Fraenkel's neu errichtet.

— Tübingen. Dr. Dreser, Privatdocent für Toxikologie, geht als erster Assistent an das pharmakologische Institut in Bonn.

— Nancy. Professor Bernheim ist zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

— Jurjew (Dorpat). Zum Nachfolger Prof. Küstner's auf dem Lehrstuhl der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist Dr. Alexander Gubarew aus Moskau ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 13. November unter dem Vorsitze des Vicepräsidenten Dr. Heim abgehaltenen Sitzung des Wiener med. Doctorencollegiums musste die Discussion über den Vortrag Prof. Lang's verschoben werden, da viele Mitglieder einer anderen Sitzung beiwohnten. Dr. S. Baum hielt seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den Werth des mechanischen Reizes in der Hydrotherapie», welcher an anderer Stelle erscheint. Zum Schlusse der Sitzung machte Dr. Gross darauf aufmerksam, dass die in letzter Zeit vom Magistrate mittels Ciculares vorgeschriebene Anzeigepflicht sich mit dem vom Arzte geleisteten Eide betreffs der Wahrung des ärztlichen Geheimnisses nicht vertrage und daher das Präsidium des Doctorencollegiums die nöthigen Schritte unternehmen möge, um die Aerzte von dieser mit ihrem Eide in Widerspruch stehenden Pflicht zu befreien. Der Vorsitzende verweist den Redner darauf, eine von 20 Mitgliedern unterfertigte Petition an den Gesellschaftsrath zu richten. — Bei der am 17. d. M. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte, in welcher Prof. M. Gruber den Vorsitz führte, demonstrirte Dr. Dittl zwei Präparate von exstirpirten Uterus-Myomen, wonach Prof. Winternitz seinen angekündigten Vortrag: «Weitere Untersuchungen über Veränderungen des Blutes unter thermischen Einflüssen» hielt, in welchen er an seine vor kurzer Zeit abgegebene vorläufige Mittheiiung betreffs Vermehrung der Leukocythose unter Kälteeinwirkung anknüpft. Die auf der Tagesordnung stehende Dis-

cussion über die Vorträge Hofr. Billroth's (Aneurysmen) und Hofr. Nothnagel's (Gefässschmerzen) leitet Prof. Czokor mit einem interessanten Vortrage über Aneurysmen beim Pferde ein, um die Form und Bildung derselben zu beleuchten, worauf Hofr. Albert die historische Entwicklungsgeschichte der Operationsmethoden des Aneurysma entwirft. Prof. v. Schrötter zieht beide Vorträge in den Bereich seiner Discussion, während Prof. Lang die bei luetischen Affectionen auftretenden Arterienschmerzen bespricht. Die weitere Discussion über beide Vorträge musste wegen der vorgerückten Zeit auf die nächste Sitzung verschoben werden. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Vom Obersten Sanitätsrathe. In der Sitzung des k. k. Obersten Sanitätsrathes am 11. November l. J. gelangten nach Vorlage der für die Bibliothek eingesandten Werke und nach Mittheilung über die Erledigung mehrerer Gegenstände, über welche der Oberste Sanitätsrath Gutachten erstattet hatte, folgende Angelegenheiten zur Berathung: 1. Begutachtung der Anlage einer Wasserleitung. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) 2. Gutachten, betreffend die Ableitung nicht genügend gereinigter Abwässer aus einer Lederfabrik. (Referent: O. S. R. Prof. Dr. Fl. Kratschmer.) 3. Aeusserung über einen Recurs, betreffend die Vorkehrungen gegen Belästigungen aus dem Betriebe einer Potasche-Fabrik. (Referent: O. S. R. Hofrath Prof. Dr. E. Ludwig.) Hierauf wurde eine Discussion über einen Initiativantrag eingeleitet, welcher Anordnungen des Wiener Magistrates, betreffend die Verpflichtung der Aerzte zur Anzeige von ansteckenden Hautkrankheiten bei in gewissen Gewerbebetrieben beschäftigten Personen zum Gegenstande hatte. Andere Initiativanträge beschäftigten sich mit der Frage der Unterbringung der von Infectionskrankheiten befallenen Fremden besserer Stände und mit der Frage der Förderung eines ordnungsmässigen Desinfectionsverfahrens auch in den Landgemeinden.

* Rom. Der XI. internationale Congress wird vom 29. März bis zum 5. April 1894 abgehalten werden.

* Petersburg. Die erste allrussische hygienische Ausstellung, welche am 21. Mai d. J. hierselbst eröffnet und am 10. October geschlossen wurde, ist in dieser Zeit von 200.000 Personen besucht worden. Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat beschlossen, ein hygienisches Museum hierselbst zu gründen, für welches von den Ausstellern bereits eine grosse Zahl der von ihnen ausgestellten Gegenstände gespendet worden ist.

* Philadelphia. Preisausschreiben. Das College of Physicians in Philadelphia schreibt für das nächste Jahr den Alvarenga-Preis im Betrage von 180 Dollars für eine Arbeit über ein beliebiges medicinisches Thema aus. Die Arbeit darf noch nicht veröffentlicht sein und ist bis zum 1. Mai 1894 in der üblichen Form an den Secretär des College, Herrn Charles W. Dulles, einzusenden.

* Der preussische Medicinalkalender für den preussischen Staat für das Jahr 1894 ist soeben bei Aug. Hirschwald in Berlin erschienen. Er besteht aus zwei Abtheilungen, deren erste, von Dr. A. Wanich herausgegeben, den Geschäftskalender, Heilapparate, Verordnungslehre und diagnostisches Nachschlagebuch enthält, während die zweite die Verfügungen und Personalien des Civil- und Militär-Medicinalwesens in sämmtlichen deutschen Staaten mit alphabetischen Namensregistern enthält. — Der Kalender zeichnet sich wie immer durch seine Reichhaltigkeit, durch seine Verlässlichkeit und durch seine elegante Ausstattung aus.

* Todesfall. In London starb der berühmte Kliniker Andrew Clark, im Alter von 67 Jahren.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Die Besserung der sanitären Verhältnisse Galiziens hielt auch in der abgelaufenen Woche an und ist eine stetige Abnahme der Zahl der Choleraerkrankungen eingetreten. Es gelangten zur Anzeige vom 7. bis 14. November 41 Erkrankungs- und 28 Todesfälle. Ungarn. Die Zahl der Gemeinden, in denen Choleraerkrankungen vorkamen, hat sich der Vorwoche gegenüber um 5 vermindert, die Zahl der Erkrankungen ist von 204 auf 237, jene der Todesfälle von 126 auf 144 gestiegen. — Auch in Bosnien war in der Woche vom 16. bis 22. October eine Zunahme der Zahl der Choleraerkrankungen um 24, sowie der Todesfälle um 10 eingetreten. — Deutsches Reich. Die Zahl der constatirten Cholerafälle war in der letzten Woche eine erheblich geringere. — Italien. Es ist ein erheblicher Rückgang der Erkrankungshäufigkeit ersichtlich und soll neuesten telegraphischen Nachrichten zufolge die Epidemie nunmehr erloschen sein. — Russland. Vom 30. October bis 3. November sind in St. Petersburg 40 Erkrankungen und 15 Todesfälle, vom 27.—30. Oct. in Moskau 4 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen. — Türkei. In Constantinopel dauert die Epidemie fort und hat an Intensität zugenommen.

* Wissenschaftliche Versammlung des Wiener Doctoren-Collegiums Montag den 20. November 1893 im Hörsaale des Herrn Prof. Stricker, k. k. allgemeines Krankenhaus. Programm: Prof. Stricker: Ueber Entstehung des Eiters (mit Demonstrationen).

Aerztliche Stellen.

Stadtarztesstelle in Engelsberg (Schlesien) mit 1270 Einwohnern. Der Stadtarzt erhält von der Stadtgemeinde einen Jahresgehalt von 200 fl. ö. W. und werden ihm die Kranken von der in Engelsberg bestehenden Bezirkskrankenkasse mit ca. 400 Mitgliedern und von der allgemeinen Arbeiterkrankenkasse mit ca. 360 Mitgliedern zur Behandlung zugewiesen werden Ferner ist Aussicht auf eine grössere Privatpraxis, da in den umliegenden Gemeinden Lichtenwerden mit 2 Flachsspinnereien, Altvogelseifen, Altwasser, Dürrseifen, Dittersdorf und Wiedergrün mit zusammen 5000 Einwohnern kein Arzt wohnhaft ist Auch ist die Aussicht, dass der Stadtarzt von Engelsberg als Districtarzt für die obigen Gemeinden ernannt werden dürfte. Bewerber wollen die Gesuche bis Ende November 1893 beim Gemeindevorstande einbringen, woselbst auch nähere Auskünfte ertheilt werden.

Fabriksarztesstelle in Lichtenwerden nächst Freudenthal (Schlesien). Mit dieser Stelle ist ein Jahreshonorar von 1000 fl. nebst freier Wohnung verbunden, wofür dem Arzte die Haltung einer Hausapotheke und die Behandlung von beiläufig 450 Spinnereiarbeitern in Krankheits- und Entbindungsfällen, dann die unentgeltliche Beistellung der erforderlichen Medicamente und Verbandmittel obliegt. Dieser Fabriksarzt hat bestimmte Aussicht, als Districtsarzt für die Gemeinden Lichtenwerden, Altvogelseifen, Altwasser, Dittersdorf, Dürrseifen und Wiedergrün ernannt zu werden und aus dem Landesfonde und den Gemeinden eine Subvention von etwa 600 fl. pro anno zu erhalten. Ferner ist auch dessen Ernennung zum Fabriksarzte der weiters im Orte bestehenden Flachsspinnerei und Zwirnfabrik, welche bei 200 Arbeiter beschäftigt, voraussichtlich. Lichtenwerden mit der Nachbargemeinde Engelsberg und den umliegenden Ortschaften umfasst bei 8000 Seelen, daher eine ziemliche Privatpraxis geschaffen ist. Bewerber wollen die Gesuche, welche Angaben über zurückgelegte Praxis, Alter und Confession enthalten, bis Ende November d. J. bei dem Vorstande der Betriebskrankenkasse der Vereinten Flachsspinnerei in Lichtenwerden (österr. Schlesien) einbringen, woselbst auch Auskünfte ertheilt werden.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe in Hochwolkersdorf-Schwarzenbach, mit dem Sitze in Hochwolkersdorf, politischer Bezirk Wr.-Neustadt (Niederösterreich) mit 1. Jänner 1894 zu besetzen. Jährliche fixe Bezüge: 620 fl. und zwar 400 fl. von dem n.-ö. Landesausschusse, 150 fl. von der Gemeinde Hochwolkersdorf und 70 fl. von der Gemeinde Schwarzenbach; hiefür obliegt dem Gemeindearzte die unentgeltliche Vornahme der Todtenbeschau, sowie die unentgeltliche Behandlung der Ortsarmen. Hausapotheke. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsmässig instruirten Gesuche unter Nachweisung der Praxisberechtigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung und Unbescholtenheit, sowie der bisherigen Verwendung an die Gemeinde Hochwolkersdorf einsenden. Nähere Auskünfte über diese Stelle können bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Wr.-Neustadt eingeholt werden.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Victring im Gerichtsbezirke Klagenfurt Umgebung (Kärnten) (7 Gemeinden mit 7872 Einwohnern, 3 Qu.-Meilen Flächenraum). Jahresremuneration 600 fl. Ausserdem hat der Districtsarzt für Reisen in Sanitätsangelegenheiten der polit. Verwaltung, für die Armenbehandlung und für Reisen im Interesse der Gemeinden des Sanitätsdistrictes Anspruch auf die in der diesbezüglichen Kundmachung der h. k. k. Landesregierung vom 12. Februar 1885, Z. 1156, L. G.-Bl. Nr. 9, normirten Gebühren. Der Districtsarzt ist verpflichtet, eine Hausapotheke zu halten und hat den Sitz in Victring. Die wechselseitige Kündigungsfrist beträgt zwei Monate. Vollständig und zwar auch mit Tauf- bezw. Geburtsschein belegte Gesuche bis zum 30. November l. J. hieramts an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Klagenfurt.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 26. November 1893** **Nr. 48.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Eine mechanische Behandlung der Phthise.

Von

Dr. Noble Smith *)

Chirurg im «All Saints' Children's Hospital» u. s. w. in Edinburgh.

Ich beabsichtige, als ein gänzlich neues Heilmittel für die Behandlung der Lungentuberkulose, eine Methode der mechanischen Ausdehnung der Lungen und einer permanenten Vergrösserung des Luftfassungsraumes der Lungen zu beschreiben.

Der Modus operandi dieser Behandlung gründet sich auf Thatsachen, die schon lange festgestellt und von den Aerzten acceptirt sind, und wenn ich auch jetzt diese Methode zum ersten Mal veröffentliche, so habe ich nichtsdestoweniger während vieler Jahre die Wirkung derselben an mannigfachen Patienten, die mit mannigfältigen Affectionen des Respirationsapparates behaftet waren, verfolgt Zunächst will ich feststellen, dass die folgenden Momente als Thatsachen acceptirt sind:

1. Dass die Tuberkel öfter in den Lungenspitzen als in anderen Theilen der Lungen gefunden werden;

2. dass in einer grossen Mehrzahl der Fälle von Phthisis die Krankheit in den Lungenspitzen beginnt;

3. dass der Grund dafür, dass die Tuberkel zuerst in den Lungenspitzen auftreten, darin gelegen sei, dass diese Theile der Lunge weniger dazu angethan sind, die genügende Luft in sich aufzunehmen;

4. dass dieser soeben genannte Umstand abhängt: *a*) von dem Mechanismus der Respiration, *b*) von dem allgemeinen Schwächezustand der Kranken, der zu einer verminderten Anstrengung bei der Respiration Veranlassung gibt, und der auch bewirkt, dass solche Individuen weniger im Stande sind, ihren Körper aufrecht zu halten;

5. dass alle Maassregeln, welche die Tendenz haben, die vitale Capacität der Lungen zu erhöhen, wie z. B. Beschäftigungen und Uebungen in der freien Luft, welche die Entwicklung des Thorax begünstigen, auch die Tendenz haben, das Fortschreiten der tuberculösen Krankheit aufzuhalten und sogar auch dazu beitragen können, die Krankheit thatsächlich zu heilen, wenn die Behandlung frühzeitig eingeleitet wird;

6. dass, welche Heilmittel immer wünschenswerth erscheinen mögen, die vermehrte Zufuhr reiner Luft zu den Lungen von immensem Werthe in der Behandlung der Lungenschwindsucht sei.

Die Aerzte haben sich darum bemüht, die Tuberkelbacillen zu tödten, und dies ist ihnen misslungen. Es ist jedoch ihre Aufgabe, den Boden für das Gedeihen dieser Bacillen untauglich zu machen, oder in anderen Worten, die Vitalität des Kranken so weit zu erhöhen, dass die Tuberkelbacillen auf ihm nicht gedeihen können. Um die Vitalität des Kranken bis zum höchsten Grade zu erhöhen, müssen wir mannigfache Mittel anwenden — klimatische, diätetische, medicinale und hygienische — und wir wissen Alle, wie viel von einer sorgfältigen Anwendung dieser Maassregel abhängt.

Man kann sich schwer vorstellen, dass irgend welche bemerkenswerthe Vervollkommnung in den erwähnten Mitteln — es müsste denn die «medicinalen» Mittel betreffen — realisirt werden könne.

Was aber die grössere Expansion und eine ausgiebige Luftversorgung der Lungen betrifft, so ist in dieser Beziehung bis jetzt noch wenig gethan worden, und ich glaube, dass der Behandlungsplan, den ich jetzt zu beschreiben beabsichtige, alle anderen Methoden, die jemals zur Erreichung dieses Zieles angegeben worden sind, ungleich übertrifft.

Thatsächlich ist dies die einzige Methode, durch die ein dauernder Zustand einer grösseren Expansion der Lungen bewirkt werden kann, während der Patient zu gleicher Zeit alle anderen Details der Behandlung, die früher genannt wurden, ausführen kann. Dr. Silvester, der als Autor des Werkes «die physiologische Methode, die künstliche Respiration einzuleiten» eine Weltberühmtheit erlangt hat, erkannte die grosse Bedeutung dieses Theiles der Behandlung. Er verfasste eine Schrift unter dem Titel «Die physiologische Methode der Behandlung der Schwindsucht», in der er ganz besonders den Werth der Methode, die vitale Capacität zu erhöhen, betonte.

*) Vortrag, gehalten in der Section für Medicin auf der 61. Jahres-Versammlung der British Medical Association in Newcastle-on-Tyne. — Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

Er beruft sich hierbei auf die Unfähigkeit phthisischer Kranker, genügende körperliche Uebungen auszuführen, um ihre Lungen in ausgiebiger Art ausdehnen zu können.

Er berichtet auch über seine Untersuchungen, betreffend das Gewicht der oberen Extremitäten, und zwar, dass nach den diesbezüglichen Experimenten, die von JOHN WOOD für ihn vorgenommen worden waren, das Durchschnittsgewicht der Arme bei Männern 7 Pfund und 7 Unzen betrug, und bei Frauen 5 Pfund und 10 Unzen, und dass, wenn die Kräfte der betreffenden Individuen nachgelassen hatten, der Einfluss dieser Gewichte eine Depression der oberen Rippen verursachte und die entsprechende Versorgung der Lungenspitzen mit Luft wesentlich hinderte.

Er experimentirte mit dem Spirometer und fand in einer gewissen Zahl von Fällen, dass, wenn die Arme herunterhingen, die Zahl der Kubikzolle der Inspiration 150 bis 180 betrug, während dies Volumen direct auf 190 gesteigert wurde, wenn die Arme aufwärts gehalten wurden. Sogar, wenn der Patient eine aufrechte Stellung einnimmt, haben die Arme die Tendenz nach vorne zu gleiten und den Thorax zu comprimiren, und man wird auch in einem solchen Falle finden, dass die Scapulae von der Mittellinie der Wirbelsäule nach vorne gezogen werden.

Es besteht auch häufig eine grosse Neigung bei den Menschen, sich zu bücken und die gebückte Stellung steigert in hohem Grade die comprimirenden Effecte, welche den Thorax treffen.

Meine Eperimente wurden auch an Patienten ausgeführt, welche gewohnheitsmässig eine gebückte Position einnahmen, und ich habe bereits die schädlichen Einwirkungen, die sich aus der dauernden gebückten Haltung des Körpers für die Respiration ergeben, beschrieben. Phthisiker zeigen eine grosse Tendenz, eine gebückte Position einzunehmen. Die gebückte Haltung beeinträchtigt die eigentliche Function der Rippen und vermindert auf diese Art die Respiration mit Hilfe des Thorax und schädigt somit auch den Athmungsprocess sehr ernstlich.

Die Bauchmuskeln sind auch erschlafft, und die Kraft auf die Baucheingeweide während der Vorgänge der Austreibung einzuwirken ist geschwächt. Der Thorax ist stets abgeflacht, und die Function aller Eingeweide beeinträchtigt. Die Untersuchungen des verstorbenen Dr. HUTCHINSON über die Bewegungen des Thorax thun in unwiderleglicher Art dar, von welch' grosser Bedeutung das Aufrechterhalten einer natürlichen vitalen Capacität sei.

Dieses Moment bildet gewiss einen Gegenstand, über den sich sehr viel sagen lässt, und auf dessen Einzelheiten ich jetzt nicht eingehen will.

(Fortsetzung folgt.)

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung.*)

Zeichen und Diagnose des Ulcus pepticum oder Ulcus simplex.

Vier Hauptzeichen charakterisiren das Ulcus simplex:

1. Die Hyperchlorhydrie. welche bei allen Magengeschwüren vorhanden ist, die man aber fast nur beim Ulcus pepticum constatiren kann.
2. Der Schmerz und seine verschiedenen Formen.
3. Das Erbrechen, das unter vielen Fällen ein Mal fehlt.
4. Die Dyspepsie.

Diese letztgenannten Phänomene sind häufig derart, dass man diese einfachen peptischen Geschwüre täglich mit hyperchlorhydrischen Dyspepsien verwechselt.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 46, 1893.

Das runde Magengeschwür verdient den Namen Ulcus pepticum, denn es rührt thatsächlich von einer Autodigestion einiger Stellen des Magens her. Dies wird auch durch den Umstand bewiesen, dass das Geschwür nur dort entsteht, wo der Magensaft seine Wirkung entfalten kann, und zwar um einen Erweichungs- oder Zerstörungsprocess hervorzurufen.

Man hat zu allen Zeiten geglaubt, dass es die Alkalescenz des Blutes sei, welche die Einwirkung des sauren Magensaftes auf die Schleimhaut verhindert, und dass das Ulcus die Folge des Umstandes sei, dass die Einwirkung des Blutes auf die Schleimhaut aufgehoben wurde.

Diese Annahme gilt heute als falsch, und die Autodigestion während des Lebens muss in Zukunft der Auffassung einer speciellen Veränderung des Magensaftes, der Hyperchlorhydrie oder der Hypersecretion den Platz räumen.

1. Hyerchlorhydrie. Im Jahre 1886 constatirte RIEGEL zum ersten Male in dem Magensafte einen Säuregrad von 4 Theilen Salzsäure auf 1000 Theile Magensaft. Dieser Befund wurde 21 Mal an 8 Kranken angetroffen. VAN DER WELDEN erhielt dieselben Resultate.

RIEGEL vervollständigte seine Beobachtungen an 31 anderen Kranken, indem er die Hypersecretion betonte. Der Säuregrad erreichte im Mittel 3 bis 4 Procent, ohne Spuren organischer Säuren.

Später bestätigten JAWORSKI und GLUZINSKI, ROTHSCHILD und GUTTMANN diese Angaben.

Aber GERHARDT beobachtete im Jahre 1888, dass dieses Phänomen in 24 Fällen 7 Mal fehlte; SCHÖFFER machte dieselbe Beobachtung und zu gleicher Zeit bemerkte er ein Verschwinden des Albumins, welches normaler Weise im Magensafte vorhanden ist; BOURGET fand in 7 Fällen von Ulcus Ventriculi 5·53 Procent Salzsäure. HAYEM und WINTER geben selbst die primäre Hyperchlorhydrie zu, wenn sie auch die Quantität von Salzsäure geringer anschlagen.

Der einzig ernste Einwand ist das Fehlen der Acidität in einer gewissen Anzahl von Fällen, und diese Fälle beziehen sich bald auf die Anämie, die im Gefolge der Hämatemesen der Geschwüre auftritt, und häufiger noch auf den Krebs, der sich oft auf dem Boden des Geschwürs entwickelt.

2. Der Schmerz bietet oft einen paroxysmellen Charakter dar. Er tritt kurze Zeit nach der Ingestion der Nahrung auf und ist in diesem Falle die Folge einer mechanischen und chemischen Reizung der ulcerösen Wunde; es besteht hier thatsächlich eine gewisse Beziehung zwischen der Qualität der Nahrung und der Intensität des Schmerzes (OSER), so dass ein mildes Regime, wie z. B. die Milch, keine schmerzhafte Sensation auslöst, im Gegensatze zu dem, was man bei der Verabreichung consistenter und schwer verdaulicher Nahrung beobachtete.

Dieser Schmerz des Ulcus unterscheidet sich wesentlich von der allgemeinen Hyperästhesie der Magenschleimhaut, die man oft bei den Anämischen beobachtet.

Bei dieser Hperästhesie folgt der Schmerz auf die Ingestion irgend welcher Art von Nahrung, sei es flüssige oder feste, und hält so lange an, bis die Nahrung in den Darm übergeht oder durch das Erbrechen hinausbefördert wird.

Ein anderer wichtiger Charakter des Schmerzes beim Ulcus Ventriculi bezieht sich auf den Einfluss, den die Bewegungen und die Haltung des Kranken auf denselben ausüben. Bei Ruhe im Bett verschwindet er gewöhnlich, um während des Gehens wieder zu erscheinen. In der sitzenden Stellung ist der Schmerz häufig weniger heftig als in der Rückenlage, besonders, wenn es sich um Geschwüre der hinteren Wand handelt. Natürlich hängen die verschiedenen schmerzhaften Variationen, welche aus den verschiedenen körperlichen Haltungen resultiren, vom mechanischen Zuge am Ulcus, von einer directen Reizung seiner Oberfläche durch den deplacirten Mageninhalt ab.

Bei gewissen Haltungen des Körpers und zu gewissen Zeitmomenten, zum Beispiel während der Nacht, wenn der mit einem runden Magengeschwür behaftete Patient keine Nahrung

zu sich genommen hat, empfindet derselbe keine Schmerzen, während der mit Krebs behaftete Kranke immer, gleichgiltig in welcher Zeit, leidet.

Ein anderer Umstand, der für den Schmerz beim runden Magengeschwür charakteristisch ist und es gestattet, die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Gastralgie zu machen, betrifft die Thatsache, dass man den Schmerz durch Druck verstärken kann; aus diesem Grunde können auch solche Kranke enganliegende Kleider und namentlich das Mieder nicht vertragen. Dieser Schmerz auf Druck, ein constantes Zeichen des Ulcus, findet sich namentlich in der Gegend des Processus xyphoideus und hauptsächlich links.

Der paroxysmelle Schmerz bei den mit rundem Magengeschwür Behafteten dauert oft 2 bis 4 Stunden, bisweilen viel länger. Er besteht in einer Sensation von Umschnürung oder von Nagen im Epigastrium; es wird aber auch oft Schmerz in der Gegend der letzten Rückenwirbel angegeben, und nicht selten beobachtet man ausstrahlende Schmerzen in den Hypochondrien, zwischen den Schultern und zwischen den Rippen; endlich erstreckt sich der Schmerz oft auf die Verzweigungen des Vagus in der Lunge, woher auch das Gefühl der Umschnürung in der Brust herrührt, und auf den Plexus brachialis (TRAUBE).

3. Das Erbrechen manifestirt sich oft in den schmerzhaften Paroxysmen und hört mit dem Schmerz auf, wenn man die Ursachen der Reizung (Ingesta), die auf die Nervenausbreitungen ihren Einfluss ausüben, entfernt hat.

Das Erbrechen tritt immer ein, wenn ein Diätfehler begangen wird, der dann auch die Schmerzen bedingt. Das einzige besondere Charakteristicum des Erbrechens der mit Ulcus rotundum Behafteten ist seine starke Acidität, die auf Rechnung der Anwesenheit einer grossen Menge von Salzsäure im Magen kommt.

4. Die Verdauung gewisser Nahrungsmittel findet bei den in Rede stehenden Kranken statt; das Fleisch namentlich wird gut verdaut, wenn es ohne Fett und gut zertheilt bereitet wird. Die gut gekochten Eier werden auch leicht assimilirt. Die Milch wird viel weniger gut verdaut und die Milchdiät, welche heute den Glaubensartikel der verzweifelten Aerzte bildet, wenn alle ihre anderen Hilfsquellen erschöpft sind, wird nicht immer von den an rundem Magengeschwür Leidenden vertragen.

Der Appetit ist gewöhnlich erhalten, häufig sogar stärker als de norma, und wenn er bisweilen fehlt, so ist dies mehr durch die Furcht bedingt, dass die Ingestion der Nahrung Schmerzen auslösen könnte.

Die Dauer der Digestion, die man für vermindert hielt, ist im Gegentheil in einer grossen Zahl von Fällen eine grössere.

HAYEM weist auf die Verzögerung der Verdauung hin; es ist dies auch die gewöhnliche Erscheinung, und was diesen Umstand beweist, das ist das unbehagliche Gefühl — das ich das stündliche («horaire») Unbehagen nenne, — dasjenige Unbehagen, das für's Gewöhnliche vier Stunden nach Beginn der Mahlzeit auftritt. Dieses Unbehagen ist von unangenehmen localen Sensationen, von dem Gefühle des falschen Hungers, begleitet, des Hungers, den die Ingestion der leichtesten und noch so geringen Nahrung befriedigen kann.

* * *

Differentialdiagnose des Ulcus pepticum.

1. Ulcus und Cancer. Nur in der Untersuchung des Magensaftes findet man die Momente des zu lösenden Problems. Wir wissen, dass das chemische Charakteristicum des Ulcus rotundum die Hyperchlorhydrie sei, i. e., die Salzsäure-Hyperacidität, die man schon durch das colorimetrische Verfahren bestimmen kann.

Man bestimmt dieselbe durch Färbungsreagentien, oder auch ebensogut mit Hilfe der acidimetrischen Dosirung; die Gesammtacidität erreicht am häufigsten oder überschreitet 2·5 bis 3 auf 1000. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Salzsäure nicht der einzige Factor sei, welcher die Gesammtacidität ausmacht. Im Gegensatze zu dem, was man zu Beginn der Untersuchungen über die Hyperchlorhydrie glaubte, kann man häufig in dem Magensafte der Hyperchlorhydrischen neben der Mineralsäure auch organische Säuren antreffen und trifft dieselben thatsächlich oft an.

Dennoch ist es bewiesen, dass der grösste Theil der totalen Acidität auf Rechnung der freien Salzsäure kommt.

Das Unbehagen und der Schmerz, die bei den Hyperchlorhydrischen mit und ohne Ulcus Ventriculi einige Stunden nach der Mahlzeit auftreten, sind von der Hyperacidität des Mageninhaltes abhängig, die häufig erst drei oder vier Stunden nach der Ingestion der Nahrung das Maximum ihrer Intensität erreicht.

Das Herausbefördern des Magensaftes mit Hilfe der Sonde ist nur in dem Falle von Ulcus, der nicht mit Hämorrhagien complicirt ist, gerechtfertigt.

Die chemischen Charaktere des Magensaftes in den Fällen von Cancer befinden sich in einem absoluten Gegensatze zu denen des Ulcus; hier spielt wieder die Anachlorhydrie, combinirt mit dem Vorhandensein von Gährungssäuren in grosser Quantität die Hauptrolle.

Die Anachlorhydrie ist überdies nicht für den Krebs allein charakteristisch, da man sie auch in Fällen von Gastritis mucosa atrophica, von amyloider Entartung u. s. w. antrifft. Das Carcinom, so weit es als Neoplasma in Betracht kommt, bedingt noch nicht nothgedrungen die Anachlorhydrie; es ereignet sich bisweilen, dass man in einem Falle von sehr umschriebenem Cancer, ohne concomitirende Gastritis, einen gewissen Grad von Salzsäureausscheidung antrifft, wenn die Krankheit fortschreitet.

Die Diagnose wird, sozusagen, unmöglich, wenn sich der Krebs auf dem Boden eines alten Geschwüres entwickelt. ROSENHEIM hat im Jahre 1888 dargethan, dass das Carcinom das Ulcus häufig complicirt, und dass dann die Salzsäureausscheidung eine normale oder selbst eine erhöhte sei. HAUSER constatirte eine epitheliale Proliferation in den benachbarten Drüsen der Narben gewisser Ulcera. Nur in diesen Fällen von Krebs persistirt die Salzsäure bis an's Ende; sie kommt auf Rechnung des Ulcus.

Ein anderes chemisches Charakteristicum des Cancer ist die Anwesenheit einer grossen Menge von Gährungssäuren und namentlich von Milchsäure in grosser Menge in der Magenflüssigkeit.

Zweifellos finden sich die Säuren auch in einer gewissen Anzahl anderer Fälle vor, aber niemals in so grosser Quantität wie beim Krebs, Diese Thatsache wurde von einer gewissen Anzahl von Aerzten, namentlich von BOAS (Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 7, 1893) constatirt.

Was die Peptone betrifft, so findet man deren Spuren selbst dann, wenn die Salzsäure gänzlich fehlt, was die Andauer einer geringen Ausscheidung von Pepsin voraussetzen lässt. Nach BOAS fehlt auch der Magenlab nicht vollständig.

(Schluss ftolg.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 17. November 1893.

***Dr. v. Dittel** jun.* demonstrirt zwei exstirpirte Uterusmyome. Das erste der Präparate entstammt einem Falle, bei welchem bei der Operation in Folge der schwierigen Auslösung, die Blase verletzt wurde. Trotzdem trat in diesem, wie in dem zweiten Falle vollkommene Heilung ein.

* * *

Prof. Winternitz: Weitere Untersuchungen über Veränderungen des Blutes unter thermischen Einflüssen.

Anknüpfend an eine im März d. J. erschienene vorläufige Mittheilung, der zufolge Vortragender nach Kälteapplicationen in dem der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommenen Blute mit seltener Constanz eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen fand, macht WINTERNITZ weitere Mittheilungen über die in dieser Richtung mit etwa 50 Fällen fortgesetzten Untersuchungen, die er jetzt auch auf die rothen Blutkörperchen, auf den Hämoglobingehalt und das specifische Gewicht erstreckte. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen, welche meist Gesunde und Anämische betrafen, sind folgende:

1. Bei allen allgemeinen, die ganze Oberfläche des Körpers treffenden thermischen und mechanischen Proceduren (Abreibungen im nassen kalten Laken, Tauchbädern, Douchen u. s. w.) zeigte sich eine Vermehrung sowohl der rothen als auch der weissen Blutkörperchen, auch der Hämoglobingehalt hatte zugenommen.

2. Die Zunahme der rothen Blutkörperchen betrug im Maximum 1,860.000 im Kubikmillimeter, die der Leukocyten das dreifache, der Hämoglobingehalt 14 % mehr.

3. Das Maximum der Zunahme war nicht immer unmittelbar nach der Procedur, sondern oft erst nach einer Stunde zu constatiren. Während die Erythrocyten bereits wieder abzunehmen begannen, fand oft erst eine Zunahme der Leukocyten statt. Diese Veränderungen hielten verschieden lange Zeit an; zwei Stunden nach der Procedur war meist bereits eine Abnahme zu constatiren. Weniger constant als das Verhalten der rothen Blutkörperchen war das der weissen, die oft absolut und relativ in geringerer Anzahl sich vorfanden. Bei einzelnen Untersuchten ist die Vermehrung überhaupt nicht vollständig rückgängig geworden.

4. Auch active Muskelbewegungen hatten einen ähnlichen, wenn auch weniger ausgesprochenen Effect.

5. Bei Einwirkung der Wärme waren die Erythrocyten oft vermindert, um nach einiger Zeit einer mässigen Vermehrung Platz zu machen.

6. Locale thermische Einwirkungen bewirken eine Verminderung der Zahl der Erythrocyten und Leukocyten in dem der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommenen Blute.

Es ist nun sehr unwahrscheinlich, dass diese Vermehrung der zelligen Elemente des Blutes eine so rasch erfolgte Neubildung sein sollte. Es deuten vielmehr zahlreiche Thatsachen darauf hin, dass es im Blute präformirte Zellen sind, die nach der Kälteeinwirkung in die allgemeine Blutbahn und in die Circulation gelangen. Der Grund für die Vermehrung nach Kälteeinwirkung und Muskelarbeit liegt offenbar in Veränderungen der Circulation der Herzaction, des Tonus von Gefässen und Geweben. Die bis dahin in verschiedenen Organen stagnirenden, dem Kreislaufe nicht dienenden Blutelemente werden in den Kreislauf geführt, in den Lungen mit Sauerstoff gesättigt und nun dem Stoffwechsel in den Geweben und Organen dienstbar.

Es dürfte sich auch herausstellen, dass die grössere oder geringere Vermehrung der rothen Körperchen im Blute als ein Massstab gelten kann für die vollständige oder unvollständige Reaction auf thermische und mechanische Eingriffe. Unzähligemal sah Vortragender auf diese Weise schwere Anämien und Chlorosen zur Heilung kommen.

Nicht eine bestimmte Procedur, sondern die Hervorrufung einer vollkommenen Reaction erklärt die mächtigen Wirkungen thermischer Einflüsse auf den Organismus und damit auch die zahlreichen Heilerfolge.

* * *

Discussion zu den Vorträgen Hofrath Prof. BILLROTH's (Ueber Aneurysmen) und Hofrath Prof. NOTHNAGEL's (Ueber Gefässschmerzen).

Prof. CZOKOR: In Bezug auf das Aneurysma nimmt das Pferd eine Sonderstellung ein, da sich bei jedem Pferde ein Aneurysma findet, welches immer an einer und derselben Stelle, und zwar am gemeinschaftlichen Stamme der Grimmdarmarterie sitzt. Es erreicht Taubenei- bis Mannskopfgrösse. Die kleinsten Aneurysmen sind stets spindelförmig; mit ihrem Wachsthum werden sie cylindrisch, birnförmig, kahnförmig und bei bedeutender Grösse sackförmig. Aetiologisch hängt das Aneurysma mit einem im Pferde lebenden Schmarotzer zusammen, von dem die Jugendform (Sclerostomum armatum varietas minor) die rothe Erweichung im Aneurysma bedingt, um dann auszuwandern und in die ältere Form (Sclerostomum armatum varietas major) überzugehen. Die Sclerosirung des Aneurysma wird meist gut vertragen. Werden aber Thromben abgerissen, so kommt es leicht zu schweren Embolien und in Folge dessen zur Lähmung eines Dünndarmstückes, zu fauler Gährung, Torsion des Darmes und Rückstauung der Futterstoffe. Die meisten Koliken beruhen auf rother Erweichung im Aneurysma. Die Ursache der Form desselben ist in den Circulations- und Druckverhältnissen zu suchen. Da die Thromben in den kahnförmigen Aneurysmen an der weniger ausgebuchteten Wand haften und hier die Würmer auch zahlreich zu finden sind, so muss angenommen werden, dass sich die Thromben sowie die Schmarotzer mit Vorliebe dort etabliren, wo der Druck auf die Arterienwand ein geringerer ist.

Hofrath Prof. ALBERT liefert einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der verschiedenen Operationen beim Aneurysma und zeigt, dass die derzeit nach ANTYLLOS benannte und geübte Methode nicht den richtigen Namen führt, da ANTYLLOS peripher und central unterband, den Aneurysmasack eröffnete und ausräumte, während er die Exstirpation desselben selbst für sehr gefährlich hielt. Letztere datirt erst seit der antiseptischen Zeit, ANTYLLOS hat sie nie geübt. Eine gewisse einheitliche Terminologie sei sehr nothwendig, da der Namen die Operationsmethode nicht genügend bezeichnet. Auch ALBERT hegt gewisse Bedenken gegen die Exstirpation, welche in Frankreich so sehr protegirt wird. Es sei wohl leicht möglich, dass man bei der Exstirpation die in der Umgebung des Sackes liegenden kleinen Arterien, welche ja bei der Bildung eines Collateralkreislaufes mithelfen sollen, verletzt. Ferner kann sich peripher stets ein Thrombus ablösen. Diese Frage müsse noch sorgfältig studirt werden; es gehe nicht an, sich sehr warm für die Resection auszusprechen und alle Fälle nach einem Muster operiren zu wollen.

Prof. v. SCHRÖTTER beobachtet durchschnittlich im Jahre 15 Fälle von Aortenaneurysma u. zw. zumeist der Aorta ascendens des Aortenbogens, seltener am absteigenden Theile, am seltensten an der Bauchaorta. Ihre Ursache bilden meist atheromatöse Processe; die Luës scheint mit Unrecht als Urheberin dieser Processe anzuschuldigen. Vortragender hat mit Glück bei der Behandlung der Aneurysmen die Einführung von Fil de Florence versucht und vor einem Jahre ein Präparat demonstrirt, welches die Erreichung eines günstigen Resultates zur Genüge bewies. Diese Methode, welche sich noch dadurch auszeichnet, dass die Fäden, nachdem sie ihre Schuldigkeit gethan, auch resorbirt werden, würde SCHRÖTTER eines Versuches werth halten.

Mit Bezug auf den Vortrag Hofrath NOTHNAGEL's scheine es SCHRÖTTER, in Anbetracht dessen, dass schon frühzeitig bei kleinen Aneurysmen Verwachsungen mit den Nachbarorganen eintreten, sehr gewagt die bestehenden Schmerzen auf die Arterienwandung beziehen zu wollen. Die Verbiegungen der Trachea, die Kehlkopflähmung. Druck auf den Sympathicus (Ptosis des Augenlides, Pupillenerweiterung) seien bei der Diagnose des Aneurysma nicht zu unterschätzende Symptome. Dass Schmerzen längs der Aorta vorkommen können, stehe ausser allem Zweifel. Doch ist die Schmerzhaftigkeit an der Aorta und am Herzen geringer, als allgemein angenommen wird. Die peripheren Arterien zeigen für gewöhnlich keine Schmerzen. Die Atheromatose, welche von vielen Aerzten an sich selbst beobachtet wurde, hat ihren Trägern nie Schmerzen verursacht, welche auf die Gefässe selbst hätten bezogen werden können. Und warum sollte sich die Aorta anders verhalten, als andere Arterien? Vortragender berichtet über einen Fall, bei dem zuerst stechende Schmerzen an der Herzbasis auftraten, welche von einer Aorteninsufficienz gefolgt waren.

Was die Schmerzen bei Migräne anlange, so dürfe man sich nicht ohne weiters vorstellen, dass diese durch Contraction der Arterien bedingt seien, sonst müsste man dies auch für andere

Arterien gelten lassen. Es finden sich nicht nur Schmerzen bei der angiospastischen, sondern auch bei der angioparalytischen Form.

Prof. LANG. Die Erkrankungen kleinster Gefässe sind schon sehr Früh bei der Syphilis mikroskopisch zu constatiren, besonders in den Lymphdrüsen, welche unmittelbar nach dem Initialaffecte erkranken; doch zeigen sich hier nirgends Schmerzen. Anders ist es bei syphilitischen Erkrankungen grösserer Arterien; da lassen sich fast in jedem Falle mehr weniger starke Schmerzen constatiren. So waren in einem Falle von Arteriitis der Bauchaorta bei einem Luëtiker die Schmerzen so excessiv, dass sie das hervorstechendste Symptom bildeten. In wiefern das Aneurysma der Aorta auf Syphilis bezogen werden könne, darüber wolle sich Vortragender kein Urtheil erlauben.

(Fortsetzung der Discussion in der nächsten Sitzung.)

Dr. Em. Mandl.

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 20. November 1893.

***Prof. Stricker:** Ueber die Entstehung des Eiters.*

(Mit Demonstrationen).

Vortragender demonstrirt mittels des Projectionsmikroskopes eine Reihe von Bildern, welche derselbe bereits i. J. 1874 dargestellt und publicirt hatte, die aber auf den Verlauf der literarischen Ereignisse keinen nachweisbaren Einfluss ausübten. In Bezug auf die Frage, ob die Eiterzellen der Cornea «Einwanderer» sind, oder ob sie aus den Gewebszellen der Cornea stammen, neigte sich STRICKER, im Widerspruche mit einer erdrückenden Majorität, letzterer Anschauung zu, wobei er in COHNHEIM seinen hartnäckigsten Gegner fand, von demselben aber nicht widerlegt wurde. Während Vortragender bei der Eiterung der Cornea an seinen Präparaten gewisse Veränderungen constatirte, wollten Andere dieselben gar nicht gelten lassen.

Auch das bis 1867 angenommene Princip der Zelltheilung des Eiters, welche STRICKER 1874 selbst am lebenden Thiere beobachten konnte, wurde fallen gelassen, da bis dahin Niemand Gelegenheit hatte, sich selbst davon durch den Augenschein zu überzeugen. Zwar wurde die Theilung durch Bildung von Scheidewänden an der Pflanzenzelle gesehen, aber die Uebertragung dieser Lehre auf die thierische Zelle fand keinen Anklang. STRICKER bekennt sich zur Lehre MAX SCHULTZE's, dass die Theilung ein Bewegungsact sei.

Bevor der Eiter gebildet wird, kommt es zur Theilung der Gewebszellen, welche untereinander zusammenhängen und ein Ganzes, das Gewebe, bilden. Die Theilung kommt hier durch Scheidewände zu Stande, die wiederum durch eine Metamorphose von Zellsubstanz entstehen, welche STRICKER Zwischensubstanzen nennt, welche die verästigten Zellen in Felder abtheilen. Dies ist die Vorstufe der Eiterung, welche durch Lapisfärbung sehr deutlich erkennbar gemacht werden kann, da der Lapis die Zwischensubstanz dunkler färbt als die Zellen selbst. Spalten sich diese Felder ab, so entsteht Vereiterung; die neuen Zwischensubstanzen können aber wiederum zu Zellkörpern werden und es kommt so zu einer Restitutio ad integrum. Die Theilung der Zellleiber lässt sich an Präparaten sehr gut demonstriren, dagegen sind die Bilder mit der Annahme von der Existenz von Saftkanälchen in der Cornea unvereinbar.

Die neuen Beobachtungen haben auch STRICKER zu einer Theorie des Infiltrates und der Vereiterung geführt, wobei die mikroskopischen Bilder mit den klinischen Thatsachen vollkommen in Einklang gebracht werden können. Die hervorstechendsten Merkmale des Infiltrates, die Schwellung und die Härte des Gewebes, werden eben durch die Schwellung des Zellnetzes bedingt und erst wenn die Zellen ganz auseinander fallen, kommt es zur Vereiterung.

Vortragender demonstrirt nun mittels des Episkops einige Präparate. Das erste Bild zeigt eine normale Cornea mit ihren verästelten Zellen, das zweite Bild eine in Eiterung begriffene Cornea, wo die verästelten Zellen durch dunkle Theilungslinien in Felder abgetheilt sind. Das dritte Bild zeigt eine Uebergangsphase, u. zw. ist die Zwischensubstanz in einzelne Felder getheilt, von der Grundsubstanz sind nur einzelne Stücke vorhanden. Diese fixirten Bilder beweisen die Unrichtigkeit der Anschauung COHNHEIM's zur Evidenz, sie zeigen, dass die Eiterung nicht auf Einwanderung der Zellen, sondern auf Theilung derselben beruht, wobei sich die Zwischensubstanz auf Kosten der Grundsubstanz vermehrt.

* * *

***Dr. Hasterlik:** Demonstration gut conservirter Bacterienculturen mittels des Episkop's.*

Vortragender zeigt einige Gelatine-Stichculturen, die durch Formalin gehärtet und fixirt worden sind. Dr. HAUSER, Privatdocent der patholog. Anatomie in Erlangen hat das Formalin oder Formaldehyd, (ein neues Antisepticum) zur Conservirung von Bacterienculturen verwendet und seine Resultate in der Münchener medicinischen Wochenschrift publicirt. Die Formalindämpfe fixiren sowohl Gelatine-Platten als auch Gelatine-Stichculturen derartig, dass das Aussehen der verflüssigten oder nicht verflüssigten Culturen in jedem Stadium der Entwicklung vollständig erhalten bleibt und sich selbst bei monatelanger Aufbewahrung nicht ändert. Die Culturen sind ausserdem vollständig steril. Das Verfahren gestattet jetzt eine leichte Anlegung von Collectionen von Stich- und Plattenculturen, was trotz der sorgfältigen Arbeiten Anderer, bisher nur sehr schwer möglich war. Die mit Formalin gehärteten Culturen haben ausserdem die Eigenschaft, dass sie selbst in der Bunsenflamme nicht schmelzen und sich daher für Demonstrationen mit elektrischem Lichte, wo sie ziemlich hohen Temperaturgraden ausgesetzt sind, vorzüglich eignen.

Es folgt nun die Demonstration von einer Stichcultur des Bacillus prodigiosus, ferner eine Kommabacillen-Cultur, welche sehr wenig verflüssigt ist und in ihrer Entwicklung dem vierten Tage entspricht. Zuletzt zeigt Vortragender eine Milzbrandcultur.

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 22. November 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Fortsetzung der Discussion über: intermittirende Albuminurie.

Dr. STERNBERG vermisst in den Vorträgen WEIDENFELD's und Prof KRAUS' die Erwähnung der hie und da bei Chlorose vorkommende Albuminurie, welche vorübergehend auftritt, ebenfalls nicht auf dauernde Veränderungen der Nieren beruht und in der Literatur noch wenig studirt ist. Vortragender hat dieselbe in 3—4% von Chlorose beobachtet. Bei dieser Erkrankung findet sich nicht selten Thrombose der Venen. Bei einem solchen Falle, den Vortragender durch längere Zeit zu beobachten hatte, fand sich eine ausgedehnte Thrombose der unteren Extremität, welche mit einer vorübergehenden Albuminurie einhergieng. Mit ersterer schwand auch die Albuminurie. Es sei daher anzunehmen, dass auch im Gebiete der Nierenvenen kleine Thrombosen vorkommen, welche geringe Stauungen verursachen, die zur Albuminurie Veranlassung geben. Letztere ist daher eine renale Albuminurie.

Ferner sei zu bedenken, dass bei fast gar keiner Krankheit die Niere in toto erkrankt, so dass gesunde und kranke Abschnitte mit einander abwechseln. Daraus erklärt sich auch die abwechselnde Ausscheidung von normalem und pathologischem Harn. Es kann auch zu diagnostischen Schwierigkeiten kommen, da bei der Chlorose weisse Flecken am Augenhintergrunde beobachtet wurden, welche einer Retinitis Brightica sehr ähnlich sehen. So in einem Falle von Chlorose, den Vortragender lange Zeit beobachtete und bei dem keine Spur von Albumen im Harne, keine Drüsenschwellung, kein Milztumor, wohl aber eine auffallende Vermehrung der eosinophilen Zellen, und eine fast typische Retinitis albumin. nachweisbar waren. Nur nach mehrfachen Beobachtungen und sorgfältiger Untersuchung des Harns dürfen erst die Schlüsse gezogen werden.

Dr. WEISS hat ebenfalls in einem Falle von Asthma nervosum bronchiale durch 8 Tage den Harn untersucht. Derselbe zeigte in der anfallsfreien Zeit ein gewöhnliches Aussehen, spec. Gewicht war

1010, Albumen war mit keiner Probe nachweissbar. Zur Zeit der Anfälle und nach denselben war derselbe nicht so exquisit gelb, sein spec. Gewicht sank selbst auf 1001, Eiweiss war auch hier nicht nachweisbar. Die Albuminurie dürfe daher nicht als ein Symptom des Asthma nervosum bronchiale aufgefasst werden.

SCHLESINGER konnte auch nicht immer bei Asthma nervosum bronchiale Albumen im Harne nachweisen. Es müsse daher, im Sinne WEIDENFELD's eine specielle Disposition angenommen werden.

* * *

Discussion zu dem von Dr. BAUER vorgestellten Falle von: spastischer Spinalparalyse.

Dr. WEISS wendet sich gegen ERBEN, welcher gegen die Auffassung dieses Falles als Meningo-Myelitis luëtica Protest erhoben habe. OPPENHEIM hat hervorgehoben, dass nach luëtischen Affectionen Meningo-myelitis auftrit, dass secundäre Degeneration im Rückenmarke — Seitenstrangsclerose — entstehe, schliesslich könne sich die Meningo-myelitis zurückbilden, die Sclerose bleibe zurück. Klinisch sei dies das Bild der spastischen Spinalparalyse. Diese Erklärung OPPENHEIM's lasse sich auf den vorliegenden Fall sehr gut anwenden, da Patient einige Jahre nach der luëtischen Infection mit Störungen in der sensiblen Sphäre erkrankte; in dem Masse als sich diese zurückbildeten, traten die motorischen Störungen in den Vordergrund. Die Einwände ERBEN's seien daher widerlegt.

ERBEN bemerkt, dass das Postulat, das er an das klinische Bild der Meningo-myelitis luëtica gestellt, jetzt in den sensiblen Störungen gegeben sei und er daher mit WEISS übereinstimme.

* * *

Dr. Löwy: Zwei Fälle von Spontangangraen.
(Demonstration.)

I. Ein 11jähriges Mädchen kam mit einer, durch einen Glassplitter veranlassten, stark blutenden Wunde am unteren Drittel der Ulnarseite des Vorderarmes an die Klinik und wurde verbunden. Nach einigen Wochen zeigten sich an der Vola manus, sowie an der Kuppe des vierten Fingers dunkelbraune blasenartige Hervorwölbungen, welche platzten und zur Geschwürsbildung führten; der Eiter war übelriechend. Jetzt besteht Klauenhand, deutliche Atrophie mehrerer Muskeln, besonders der Interossei, Sensibilität im Ausbreitungsgebiete des Ulnaris gestört, typische Entartungsreaction. Da Diabetes, Rückenmarksleiden und Hysterie hier vollkommen ausgeschlossen werden können, keine hereditäre nervöse Veranlagung besteht, so dürfte es sich hier um eine anscheinende Spontangangraen auf Grundlage trophischer Störungen in Folge traumatischer Verletzung handeln, zumal sich die Erscheinungen auf den Ausbreitungsbezirk des Nervus ulnaris beschränkt. Vasomotorische Störungen waren nicht vorhanden; äussere Reize lassen sich fast sicher hier ausschliessen.

II. Die zweite vorgestellte Patientin stach sich vor 4 Jahren eine Nadel in den vierten Finger, welche abbrach, stecken blieb und nicht entfernt werden konnte. Nach 6 Wochen trat Phlegmone in der Cubita, 3 Wochen später ein sehr schmerzhaftes Neurom am vierten Finger auf, das wiederholt operirt wurde; chronisches Panaritium und Enucleation des Fingers. Später bildeten sich bis auf den Oberarm hinaufreichend, theils mit wasserhellem Serum, theils mit Eiter gefüllte Blasen. Ausserordentliche Empfindlichkeit des Nervus radialis, ulnaris und medianus; dieselben nicht verdickt; beträchtliche Hyperästhesie am Arme. Patellarreflexe sehr gesteigert, hysterische Symptome nicht nachweisbar. Es dürfte sich hier ebenfalls um einen pemphigusartigen Blasenausschlag auf wahrscheinlich neurotischer Grundlage handeln.

SINGER hält die Bezeichnung «Spontangangraen» hier nicht zutreffend, da directe Läsionen den nachfolgenden Erscheinungen vorausgegangen seien. Die hier aufgetretene Gangraen seit mit den Befunden in Einklang zu bringen, nach welchen zur Hervorbringung trophischer Störungen nicht centrale Läsionen nöthig sind, sondern solche in peripheren Nerven vollkommen ausreichen. Es gehe nicht an, den Begriff der Spontangangraen so weit auszubreiten und solche, wenn auch durch geringfügige Ursachen entstandene Fälle den neuro-paralytischen trophischen Störungen anzuschliessen.

HOCK bemerkt, dass sich die hysterische Gangraen meist auf äussere Anstösse entwickelt und Neigung zu Recidiven zeigt. Sehr oft werde aber die Hysterie den Patienten nur aufdisputirt, ohne dass diese wirklich hysterisch wären. Das Einstossen von Nadeln sei eine häufige Ursache der Gangraen. HOCK selbst hat einen solchen Fall gesehen, wo ein solcher Pemphigus hystericus auf den ganzen Körper übergieng. Auch bei Geisteskrankheiten wurde solche Gangrän beobachtet.

SINGER erinnert an einen von ihm im Wiener medicinischen Club vorgestellten Fall, von hysterischer Gangrän, bei dem er wiederholt Recidiven beobachtete und der mit Suicidium endigte. Wo eine directe Nervenläsion vorliegt, dürfe man nicht von Spontangangrän sprechen.

Doc. v. LIMBECK bemerkt, dass er den von SINGER erwähnten Fall auf seiner Abtheilung beobachtet habe. Die betreffende Patientin zeigte exquisive hysterische Zeichen. Betreffs der langsamen Heilung des Ulcus an der Mamma bei dieser Patientin müsse er bemerken, dass die Heilung keine Fortschritte zeigte, wenn der Verband lose anlag, wohl aber eine fortschreitende Heilung zu constatiren war, wenn der Verband fest war. Die Patientin scheine daher die Heilung selbst verhindert zu haben.

* * *

***Dr. Pascheles**: Zur Methodik des quantitativen Studiums der Resorption.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Unzulänglichkeit der gegenwärtigen, hiehergehörigen Methoden, den Vorgang des Eintrittes löslicher Stoffe in die Circulation nach seiner physikalischen Seite zu studiren, geht der Vortragende an die Erläuterung seines Verfahrens, das eine continuirliche, quantitative Untersuchung der Erscheinung gestattet. Gelingt es nämlich bei einer Salzlösung in constantem Volumen, von bestimmter Concentration, die einer stetigen Aenderung unterliegt, den jeweiligen Concentrationswerth zu bestimmen, ohne dabei die Concentration selbst zu ändern, so kann man, durch algebraische Ergänzung des ermittelten Salzgehaltes zum ursprünglich vorhandenen Werth, unmittelbar die hinzu- oder weggekommene Salzmenge berechnen. Zur relativen Bestimmung der jeweiligen Concentration dient die Messung der elektrischen Leistungsfähigkeit der Lösung, die mit genügender Annäherung eine einfache Function des procentischen Salzgehaltes darstellt. Das Princip wurde am menschlichen Körper in der Weise realisirt, dass durch einen kräftigen Strom die betreffende Salzlösung in die menschliche Haut (bei polarisationsfreier Anordnung) geschafft wurden und nach maximaler Kataphorese, erkennbar am absoluten Minimum des elektrischen Leitungswiderstandes der Haut, für den kräftigen ein schwacher Strom von vernachlässigbarer, kataphonischer Wirkung eingeführt wurde, der zur Messung des Widerstandes nach der vom Vortragenden angegebenen Methode der Stromverzweigung diente. So gelangt man zu Curven der Aenderungen der Leitungsfähigkeit (reciproker Werth des Widerstandes) in die Haut geschaffter Lösungen, die zugleich ein Bild der stattgefundenen Concentrationsänderungen liefern. Wie die einfache Betrachtung an Leichen und Lebenden unter gleichen Umständen ermittelter Curven erkennen lässt, sind die Concentrationsänderungen am Lebenden weit bedeutender als an der Leiche. Dieser Unterschied ist vornehmlich auf die Wirkung der Circulation zu beziehen, die durch die Beseitigung des diffundirten Salzes das Concentrationsgefälle steigert. PASCHELES erwähnt weiter die Möglichkeit mit der Methode bei vergleichsweiser, symmetrischer Application gleicher Lösungen den Einfluss gegebener oder gesetzter Circulationsänderungen zu studiren. Versuche mit verschiedenen Concentrationen eines Salzes und verschiedenen Salzen haben gezeigt, dass der Eintritt dieser Salze in die Circulation im Wesen einen Vorgang physikalischer Natur darstellt, hauptsächlich abhängig von Concentration und Diffussionsconstante. Die detaillirte Darstellung der überaus schwierigen Verhältnisse behält der Vortragende der eingehenden Behandlung des Stoffes vor. Die Untersuchungen wurden an der Abtheilung des H. Ord. Doc. Dr. R. v. LIMBECK ausgeführt.

Dr. Em Mandl.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 30. October 1893).*

Diskussion über den Vortrag des Prof. E. GRAWITZ: *Ueber die Anämien bei Tuberkulose und Carcinose.*

Prof. LITTEN fragt, ob sich des Vortragenden Untersuchungen auch auf Krankheiten erstrecken, bei denen die rothen Blutkörperchen sehr rapide zu Grunde gehen, wie bei acuten Krankheiten, Verbrennungen etc., und ob in diesen Fällen eine Vermehrung des Hämoglobins im Blute nachweisbar war. Die klinischen Untersuchungen haben LITTEN immer ein negatives Resultat ergeben, selbst in den am schleunigsten verlaufenden Fällen von perniciöser Anämie.

Prof. GRAWITZ: Die Frage über den Verbleib des gelösten Hämoglobins im Blute ist eine sehr wichtige und interessante, doch ist das von GRAWITZ nach dieser Richtung gewonnene Material noch ein geringes. In den Fällen mit langsamer chronischer Auflösung der rothen Blutkörperchen, wie bei der Anämie der Phthisiker und der Carcinomatösen, ist ein Nachweis des Hämoglobins im Urin bisher nicht erfolgt; man nimmt an, dass die geringen Mengen des in den Blutkreislauf übergegangenen Hämoglobins durch die Leber ausgeschieden werden. Beim acuten Zugrundegehen der rothen Blutkörperchen dagegen muss das Hämoglobin eine gewisse Zeit im Blut gelöst kreisen. Bei paroxysmaler Hämoglobinurie trifft man das purpurrothe Blut an und kann es als Hämoglobin nachweisen. Bei einem an Malaria leidenden Manne, bei welchem in wenigen Tagen die Zahl der rothen Blutkörperchen von 5 auf 1 Million verringert wurde, liess sich eine erhebliche Hämoglobinurie als Folge des rapiden Zugrundegehens der rothen Blutkörperchen nachweisen. Endlich hat GRAWITZ eine junge Frau beobachtet, welche puerperal-septisch inficirt war und im Verlaufe weniger Stunden zu Grunde ging. Patientin hatte einen theerfarbenen Urin, ganz mit Hämoglobin gefüllt. Das ihr entnommene Blut zeigte ganz extreme Verhältnisse: im Cubikmillimeter waren 300.000 rothe Blutkörperchen zu finden; das Serum war ganz und gar von Hämoglobin erfüllt. Diese Hämatolyse bezieht GRAWITZ auf eine foudroyante Einwirkung der septischen Stoffe auf das Blut.

* * *

Dr. Rosin: *Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten.*

Es handelt sich um eine Patientin, welche im vergangenen Jahre im Alter von 62 Jahren ihrem seit 13 Jahren bestehenden Leiden erlag. Bis zu ihrem 49. Lebensjahre war sie vollständig gesund gewesen; sie war in keiner Weise hereditär nervös belastet, hatte niemals an Lues gelitten.

Die Erkrankung begann mit Anfällen von paroxysmaler Herzarythmie, welche zunächst als Herzneurose aufgefasst und mit dem Klimakterium in Zusammenhang gebracht wurde. Die Anfälle fingen ganz plötzlich an, das Herz begann unregelmässig und schnell zu schlagen, bis nach einigen Stunden dieser eigenthümliche Herzschlag ganz plötzlich wieder aufhörte, und vollständiges Wohlbefinden eintrat. Objective Symptome nur während des Anfalls und zwar Blässe des Gesichts, heller dünner Urin. Subjektiv klagte Patientin über Unbehagen, zumal sie den schnurrenden Herzgang fühlte. Herztöne rein, Urin frei von Eiweiss. Verschiedene Curen zur Beseitigung der Nervosität blieben ohne Erfolg; die Anfälle nahmen mehr und mehr zu. Die Annahme einer Myodegeneratio cordis wurde zur Gewissheit, als nach 6 Jahren die Herzarythmie beständig wurde und zugleich eine geringe Verbreiterung des Herzens nach rechts und links, sowie ein klappender zweiter Aortenton konstatirt wurde. Diese Herzarythmie wurde aber noch volle 7 Jahre scheinbar gut vertragen. Patientin konnte ziemlich weite Wege zurücklegen, auch hin und wieder Treppen steigen. Asthmatische Anfälle, anginöse Beschwerden waren nicht zu konstatiren. Patientin ist nur an der Complication i. e. der Epilepsie zu Grunde gegangen. Diese trat schon im 3. Jahre nach dem ersten Entstehen der Tachykardie und zwar des Nachts in Form eines im Schlaf sich einstellenden epileptischen Anfalls auf. Patientin schrie auf, fiel in tonische und klonische Zuckungen, denen ein tiefer Sopor folgte, nach dessen Nachlassen sie wieder einschlief und am nächsten Morgen ohne eine Ahnung von dem Vorgefallenen erwachte; nur war sie erstaunt, dass sie unter sich gelassen hatte. Auffallend waren zahlreiche Sugillationen der ganzen Haut des Halses und des oberen Theils der Brust, welche während des Anfalls entstanden waren.

ROSIN hat später noch einen zweiten Patienten kennen gelernt, welcher jeden Monat einmal an der Haut des Kopfes, des Halses und der Brust eine Menge von Sugillationen zeigte. Er schloss aus der Analogie mit dem ersterwähnten Falle auf epileptische Anfälle und die weitere Beobachtung bestätigte diese Annahme. Patient hatte stets bei Nacht im Schlafe ohne Ahnung seitens seiner Angehörigen einen epileptischen Anfall, der sich am nächsten Morgen mit ausgedehnten Blutungen in die Haut äusserte. Auffallend war in beiden Fällen, dass die Haut vom unteren Theil der Brust an frei war. Diese Erscheinung erklärt ROSIN aus der alleinigen Entstehung der Blutung in dem Gebiete der Vena cava superior, welche ihr Blut aus der Schädelhöhle und der oberen Extremität bezieht. Während des epileptischen Anfalls findet durch die verhinderte Respiration und den Druck des Zwerchfells eine sehr erhebliche venöse Stauung im Thorax statt, welche schliesslich zu den erwähnten Sugillationen Veranlassung gibt.

Was die Zahl der epileptischen Anfälle bei der ersterwähnten Patientin anbetrifft, so erfolgten in den übrigen 10 Jahren nach dem Auftreten des ersten Anfalls nur noch 7, und zwar der zweite nach 5jähriger Pause. Sämmtliche Anfälle traten während der Nacht auf. Im letzten 8. Anfalle trat der Tod ein; Patientin ging im Koma zu Grunde. Ausser den grossen ausgebildeten Anfällen kamen noch lavirte Formen vor.

Sie begannen mit einer Aura im Hals und in der Magengegend und bestanden in einer momentanen, nur Sekunden hindurch anhaltenden Blässe, verbunden mit Hallucinationen. Bei dem Auftreten von Epilepsieen im Verlaufe von Herzkrankheiten liegt die Vermuthung eines ursächlichen Zusammenhangs sehr nahe. Auch waren die sonstigen für Epilepsie verantwortlichen ätiologischen Momente hier nicht zutreffend. Die Ursache der Epilepsie ist noch nicht genügend geklärt, doch pflegt man die einzelnen Arten derselben noch nach ätiologischen Momenten zu unterscheiden: 1. die Intoxikationsepilepsie in Folge chronischer Vergiftung durch Alkohol, Blei etc.; 2. die Infektionsepilepsie z. B. nach Lues; 3. die traumatische wie die JACKSON'sche Rindenepilepsie; 4. die Gruppe der Epilepsieen in Folge von Circulationsstörungen im Gehirn, nach heftigen Embolieen, Apoplexieen, während des Wachsthums von Hirntumoren, bei multiplen Sclerosen etc. LÉPINE hat neuerdings Epilepsieen beschrieben, welche durch heftige Congestionen nach dem Kopf bei manchen an Plethora leidenden Menschen entstehen; 5. die Reflexepilepsie, von sexuellen Reizungen des Genitaltractus ausgehend. Diese 5 Gruppen ist man geneigt als symptomatische Epilepsieen aufzufassen. Diesen ist die 6. Gruppe der genuinen Epilepsien entgegenzustellen, welche nur im jugendlichen Alter auftreten und ausser der hereditären Belastung keinerlei ätiologische Momente aufweisen.

Den mitgetheilten Fall reiht ROSIN in die 4. Gruppe ein, in der Idee, dass die Epilepsie in Folge einer Circulationsstörung im Gehirn entstanden sei. Es scheint allerdings ziemlich selten zu sein, dass das Hirn bei Herzkrankheiten in functioneller Weise betroffen wird. In dieser Beziehung bildet die Chorea in Folge von Herzkrankheiten, bei welcher es sich jedenfalls um einen Reizungszustand der motorischen Bahn des Hirns handelt, gewissermassen den Uebergang zur Epilepsie bei Herzkrankheiten. In der Literatur fand ROSIN 12 einschlägige Fälle. Schon LEMOINE hat auf den Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten aufmerksam gemacht.

Die Prognose der Erkrankung ist im allgemeinen ungünstig zu stellen. In den meisten Fällen der Literatur trat nach einigen Jahren der Exitus ein. Dennoch kann man durch die Therapie die Erkrankung einigermassen aufhalten. ROSIN gelang es in dem betreffenden Fall, durch Brom eine Erhaltung der Patientin zu bewerkstelligen. Solange die Kranke unter Brombehandlung stand, trat auch kein epileptischer Anfall auf. LEMOINE empfiehlt einen energischen Gebrauch von Digitalis und hat die Anfälle dadurch auf $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr hinausgeschoben.

(Fortsetzung folgt.)

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Medizinal-Zeitung». Nr. 91. 1893.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen.

Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Untersuchungen.

Dargestellt von **Dr. Ernest Finger,**

Docent an der Universität in Wien.

Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien. 1893.

Die auf exacte, pathologisch-anatomische und klinische Studien gestützte Darstellung des gonorrhoischen Processes, in welcher zum ersten Male die fundamentalen Fortschritte der ätiologischen und pathologischen Forschung eine einheitliche Würdigung erfahren und die Therapie zum ersten Male auf der Basis rationeller Indicationen und Principien fundirt erscheint, hat der vorzüglichen Monographie FINGER's in kürzester Zeit eine allgemeine Anerkennung und weiteste Verbreitung gesichert. So kann es nur neuerdings als ein beredtes Zeugniss für den Werth und die Brauchbarkeit des Werkes betrachtet werden, dass sich nach kaum zweijähriger Frist die Nothwendigkeit herausstellte, der zweiten Auflage eine dritte folgen zu lassen.

Obgleich wir nun in dieser Auflage weder principiellen Aenderungen noch wesentlichen Umarbeitungen begegnen, so lässt sich doch in den meisten Abschnitten die nachhelfende, ergänzende Hand des um die Ergründung des gonorrhoischen Processes verdienten Autors erkennen, der durch eingehende Berücksichtigung der, bis in allerjüngster Zeit gemachten Fortschritte und Erfahrungen, bestrebt war auch diese Auflage auf der Höhe zu erhalten.

Als die werthvollste Bereicherung der Auflage jedoch ist die auszugsweise Erörterung der pathologisch-anatomischen Veränderungen der an chronischer Blennorrhoe erkrankten männlichen Urethra hervorzuheben, deren Pathologie und Histologie bisher nur aus einzelnen ungenauen Untersuchungen bekannt, erst durch die systematischen Untersuchungen FINGER's, eine wissenschaftlich erschöpfende, gediegene Darstellung erfahren hat. (Archiv für Dermatol. und Syphilis. Ergänzungshefte. Pars anterior 1891 Nr. I; Pars posterior 1893 Nr. I)

Der Schlussfolgerungen, die sich aus den Untersuchungen des Verfassers ableiten lassen, sei hier in aller Kürze gedacht: Die chronische Urethritis stellt sich im Wesentlichen dar als ein herdweiser chronischer Entzündungsprocess des subepithelialen Bindegewebes, mit einem ersten Stadium der kleinzelligen Infiltration, der Bindegewebsproliferation und einem zweiten Stadium der Schrumpfung und Schwielenbildung — der Bildung cirrhosirendem Bindegewebes.

In die obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes localisirt, verläuft der Process auch der Hauptsache nach in diesem. Doch vermag die chronische Bindegewebsneubildung sich an und um Lacunen, Drüsen, um den Utriculus, die Ductus ejaculatorii, in bedeutende Tiefe fortzusetzen und indem sie auch hier in das zweite Stadium der Schrumpfung übergeht, wesentliche Veränderungen der Wand der genannten Drüsen und Drüsenausführungsgänge zu bedingen.

Neben diesen für den Process essentiellen Veränderungen sind noch zwei Reihen von Erscheinungen zu nennen, die sich theils als complicatorische, theils als consecutive darstellen.

Als complicatorisch ist aufzufassen die Erkrankung der Drüsen der Urethra, des Caput gallinaginis, die theils als rein desquamativer, theils als desquamativ-eitriger Catarrh abläuft. Ebenso die catarrhalische Erkrankung der Schleimhaut der Urethra.

Die consecutiven Erscheinungen sind bedingt durch die im subepithelialen Bindegewebe erfolgende Schwielenbildung. Hierher gehört die herdweise Erkrankung des periurethralen und cavernösen Gewebes, die Umwandlung des Cylinderepithels der Urethra und des Caput gallinaginis in Plattenepithel, die Zerstörung der Lacunen und oberflächlichen Drüsen, die Obliteration der Mündung des Utriculus und der Ductus ejaculatorii. Die Herde chronischer Urethritis fand Verfasser mit Vorliebe in Pars pendula, Bulbus und Pars prostatica localisirt; während sich die Pars membranacea dem chronischen Process gegenüber relativ immun erweist. (In 32 Fällen chronischer Urethritis fanden sich nur zweimal leichte, oberflächliche, unwesentliche Veränderungen.)

Zwei, der Originalarbeit entnommene instructive Tafeln, veranschaulichen in getreuer Wiedergabe die angedeuteten histologischen Details, so dass die Neuauflage, deren Ausstattung die Signatur der bekannten Eleganz der Verlagshandlung an sich trägt, auch nach dieser Richtung hin eine schätzenswerthe Bereicherung erfahren hat.

Dr. G. Nobl.

Syphilis und Prostitution.

Vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege.

Von **Dr. A. Blaschko.**

Verlag von S. Karger. Berlin 1893.

Es ist zweifellos, dass eine social so wichtige Frage wie es die der Prostitution ist, nicht von Aerzten allein gelöst werden kann; als eine nicht sehr glückliche Idee des Verfassers muss es aber bezeichnet werden, wenn er den ersten Theil seines Buches einer populär-wissenschaftlichen Darstellung der «Geschlechtskrankheiten» widmet, um so das grosse Publikum zum Mitrichter auch in dem rein ärztlichen Theile des Problems anscheinend zur Genüge vorzubereiten.

Wir überschlagen dieses Capitel und wenden uns gleich zu dem über die «Controlle» der Prostituirten. Wir lernen im Verfasser einen entschiedenen Gegner des Bordellwesens kennen, ohne aber von der Ansicht des Autors überzeugt zu werden. Der letztere citirt nämlich Alle Jene, welche mit ihm übereinstimmen — darunter freilich anerkannte Autoritäten — ohne die zum Worte kommen zu lassen, welche aus gewichtigen Gründen die Bordellirung der Prostituirten empfehlen, obgleich die Zahl derer nicht gering ist.

Wenn das Factum citirt wird, dass in Leipzig ein Untersuchungsarzt eine Prostituirte, die er eine halbe Stunde zuvor in einem Bordell als syphilitisch beanstandet hatte, in einem anderen Bordell, wo man die Inspection «nicht erwartet» hatte, vorfand, so ist das lediglich für die in genannter Stadt herrschenden Zustände charakteristisch, berechtigt aber durchaus nicht zu allgemeinen Schlüssen.

Es reicht dies jedoch nicht hin, des Verfassers Verdienst zu schmälern, das er sich erworben, indem er dieses so eminent wichtige Capitel bearbeitet hat; eine reiche Fülle statistischer Daten, reglementarischer Bestimmungen für die Prostituirten aus verschiedenen Zeiten und Ländern, sowie manche recht praktische Vorschläge zu Neuerungen machen die Lectüre dieses Werkes jedem, der sich für das Problem der Prostitution interessirt, sehr empfehlenswerth.

A. P.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen

umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen, bearbeitet von

Dr. med. P. Baumgarten

o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen.

Siebenter Jahrgang 1891.

Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin von Harald Bruhn. Braunschweig 1893.

Der vorliegende Jahresbericht von 1891 ist wohl der voluminöseste von allen bisher erschienenen Jahrgängen, ein Band von mehr als 2000 Seiten. Das von Jahr zu Jahr constatirbare Anwachsen des Berichtes könnte fast Befürchtungen erregen, dass die Uebersehbarkeit des Materiales darunter Schaden leidet.

Indess dürfen wir nicht vergessen, dass das Jahr 1891 in Folge der KOCH'schen, die medicinische Welt bewegenden Entdeckung des Tuberkulins und der schier unübersehbaren, an diese Entdeckung sich anschliessenden Literatur eine Ausnahme bildet, beträgt doch die Literatur über das Tuberkulin selbst mehr als 200 Seiten. Wir wollen somit des Autors in der Vorrede gegebene Versicherung, dass an ein derartiges dauerndes Anschwellen des Jahresberichtes nicht zu denken sei, mit Freude registriren.

Wir wollen auch an dem Versprechen nicht zweifeln, nach welchem der Autor durch Heranziehung weiterer Arbeitskräfte in

Aussicht stellt, dass die nächsten Jahrgänge in dem darauffolgenden nächsten halben Jahre erscheinen werden. Wird dies wohl möglich sein? Es ist nicht nothwendig hervorzuheben, welch enorme Vortheile das raschere Erscheinen des Jahresberichtes für die mi Bacteriologie sich beschäftigenden medicinischen Kreise bringen würde.

Im Uebrigen ist der Jahresbericht in seiner Anlage derselbe geblieben, das besagt Alles. Die Referate knapp, dennoch erschöpfend, sachlich und was nicht zu unterschätzen ist, durch Anbringung von Anmerkungen ausserhalb des Referattextes wird der Zusammenhang mit den Berichten der früheren Jahrgänge auf das vortheilhafteste erhalten. Druck und Ausstattung sind vollkommen.

Dr. M. Hajek.

Grundriss der Augenheilkunde,
ein Compendium für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. G. Guttmann** in Berlin.

Mit 93 Figuren im Text und einem Durchschnitt des Auges.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Den weitgehendsten Anforderungen, welche der praktische Arzt sowohl, als der Student an ein Lehrbuch zu stellen berechtigt sind, wird das vorliegende Werk in vollstem Masse genügen. Bei prägnantester Kürze hat es der Autor verstanden, insbesondere den praktisch-klinischen Theil des Buches in ausserordentlich plastischer Weise darzustellen, so dass das Büchlein als eine zugleich anregende Lectüre bezeichnet werden kann.

Mit besonderer Sorgfalt sind die Erkrankungen der tiefen Theile des Auges behandelt. Zahlreiche, sehr gelungene Abbildungen so insbesondere ein ganz musterhafter Durchschnitt des Auges (nach FLEMMING) tragen wesentlich zum Verständnisse des Textes bei. Die Ausstattung ist durchwegs eine gefällige. *Dr. A. Pollak.*

Zeitungsschau.

Aus dem deutschen gerichtlich-medicinischen Institute in Prag.

Dr. Max Richter (Assistent am Institute): **Verletzungen aus „Zufall" oder „Nothwehr" und ihre gerichtsärztliche Begutachtung.** (Prager med. Wochenschr. Nr. 39, 1893).

In manchen Fällen kann an den Gerichtsarzt die Nothwendigkeit herantreten, sich darüber zu äussern, ob eine bestimmte Verletzung durch Zufall oder im Zustande der Nothwehr oder durch einen rechtswidrigen Angriff enstanden ist. Meist wird es sich hiebei um bestimmte Angaben eines Beschuldigten handeln, über deren Richtigkeit im Zusammenhalten mit dem anatomischen Befunde die Entscheidung zu treffen sein wird.

Einen Fall dieser Art theilt Verfasser in Folgendem mit:

Am 26. Mai gegen $^1/_2$9 Uhr Abends fiel der 19 Jahre alte Schlossergehilfe J. F. den 17jährigen Typographen F. Č. mit seinem Stocke an. In der nun entstehenden Balgerei fielen beide zu Boden In diesem Momente stiess F. einen Schrei aus und liess seinen Gegner, auf dem er lag, los. Beide sprangen auf, F. fiel jedoch sofort mit dem Gesichte nach abwärts zu Boden und starb nach wenigen Minuten.

Die Section ergab an der sehr kräftig gebauten Leiche als wichtigsten Befund folgende Verletzung:

Daumenbreit nach links von dem obersten Winkel der Magengrube eine schlitzförmige, 13 *mm* lange, scharfrandige, spitzwinkelige Trennung der Haut in der Richtung von innen und oben nach links und unten. Die Verletzung dringt durch das Unterhautzellgewebe, nach links aufwärts durch den 6. Rippenknorpel, durch den Herzbeutel, der etwa 50 *kcm* flüssiges Blut enthält, in das Herz. Daselbst findet sich Daumenbreit über der Spitze, rechts von der vorderen Herzfurche eine 12 *mm* lange Trennung mit scharfen Rändern, welche sich mittelst eines ebenso breiten Canals nach links und oben bis in die linke Höhle fortsetzt, woselbst sie mit einem scharfrandigen 14 *mm* langen Schlitz offen endigt. — Im linken Pleura rann etwa 1 *l* flüssigen Blutes. Die inneren Organe ziemlich anämisch.

Das vorgewiesene Taschenmesser schien völlig geeignet die beschriebene Verletzung zu verursachen.

Der Thäter gab an, er habe während der Balgerei, bloss um dem übermächtigen Gegner zu drohen, das Messer aus der Tasche gezogen, und zwar mit der linken Hand, weil er den rechten Arm zur Abwehr der gegen ihn geführten Schläge benöthigte, dann habe er, das Messer in der linken Hand halten, mit dem Daumen dieser Hand die Messerklinge aufzuklappen gesucht, wobei ihm dieser zwischen Klinge und Heft gerieth. In diesem Augenblick seien sie beide zu Boden gestürzt und dabei sei das Messer dem Getödteten in die Brust gedrungen.

Der Thäter selbst, klein und schwächlich, zeigte bei der Untersuchung Schwellungen des Nagelgliedes des linken Daumens, der Nagel blutunterlaufen, auf demselben ein linear quer über die Lunula verlaufender Ritz.

«Es wurde sonach das Gutachten dahin abgegeben, dass — — siehe Original Seite 474, Spalte 2, Punkt 1., 2., 3., 4. a), b), c)».

Der Thäter wurde freigesprochen.

Der Fall bietet neben dem sonstigen Interessanten ein Beispiel der ziemlich seltenen Nagelverletzungen und ihrer forensischen Bedeutung. Der hier vorgefundene lineare Ritz auf dem Daumennagel sprach für die Richtigkeit der Angaben des Beschuldigten, während Schwellung und Blutunterlaufung allein auch anderweitig im Verlauf der Rauferei hätten entstehen können.

Zufällige Verletzungen in dem hier beschriebenen Sinne sind in der Literatur mehrfach verzeichnet (HOFFMANN, MASCHKA, Caspar LIMAN u. A.), dagegen sind Verletzungen, wo der Gerichtsarzt zu entscheiden hat, ob Nothwehr im Spiele war oder nicht, seltener.

Verfasser führt zwei derartige Fälle aus der Literatur an, den einen von DEVERGIE, wo ein Mensch, der einen anderen durch einen Stich in die Weichen getödtet hatte, sich selbst einen seichten Schnitt in der Gegend des manubrium sterni beibrachte, um seine That als Nothwehr erscheinen zu lassen und wo aus Lage und Richtung der Wunde geschlossen wurde, dass der Thäter sich dieselbe wahrscheinlich selbst zugefügt habe — und einen zweiten von BLÜMLEIN, wo ein Wildhüter einen Waldfrevler durch einen Schrotschuss verletzt hatte und angab, der Wilddieb habe, als er den Heger erblickte, das Gewehr gegen ihn zum Anschlag erhoben, so dass er sich zum Schutz des eigenen Leibes genöthigt gesehen habe, auf den Wilderer zu schiessen. Aus der Vertheilung der Schrotschusswunden bei dem Letzteren wurde auf die Richtigkeit der Angaben des Hegers geschlossen. *B. S.*

P. Klamann (Luckenwalde): **Zur Impfung.** (Allgemeine Medicinische Central-Zeitung Mr. 83, 1893.)

I. Postvaccinales Exanthem.

Ein 12jähriger Knabe wurde am 17. Mai vorigen Jahres in der Schule geimpft. Am dritten Tage nach der Impfung erkrankte er mit hohem Fieber an einer Anschwellung des ganzen linken Armes. Zugleich entwickelte sich ein feines, fast wie Scharlachfrieseln aussehendes Exanthem, welches sich über den ganzen linken Arm, die vordere Seite des Thorax und über einen grossen Theil des Rückens ausbreitete. Complicirt war dieses Exanthem mit einer unbedeutenden catarrhalischen Angina ohne besondere Betheiligung der Tonsillen; die Zunge war vollständig feucht und leicht belegt. Als ich den Patienten am 25. Mai sah, fand ich die Pusteln in Eiterung begriffen, geöffnet und den Arm noch stark geschwollen. Das Allgemeinbefinden war kein schlechtes; die Temperatur betrug in der Achselhöhle 39 Grad. Am 27. war das Exanthem ganz verschwunden und der Kranke ohne Fieber und bei guter Stimmung, auch nahm die Schwellung des Armes bald ab.

Scharlach und Erysipel musste Verf. in diesem Falle dem ganzen Verlauf nach ausschliessen. Wir hatten es mit einem bei Revaccinirten selten auftretenden postvaccinalen Exanthem zu thun.

II. Schmerzhaftigkeit der Impfnarben.

Dass die Impfnarben längere Zeit empfindlich bleiben, wird wohl häufiger beobachtet. Solche Empfindlichkeit kann sogar viele Jahre hindurch bestehen.

Ein ganz eigenartiges Verhalten sah Verf. bei einem 12jährigen Knaben, welcher im Juni 1890 geimpft worden war. Vier Wochen nach der Impfung schwollen die Narben an und rötheten sich, ohne dass der Knabe eine Ursache hierfür angeben konnte. Bei einer länglich geformten Narbe trat dieser Process besonders deutlich auf dieselbe erhob sich ca. 1 Millimeter über die Oberfläche der umgebenden Haut, wurde glänzend und schliesslich entwickelte sich auf derselben eine nässende Papel, während die anderen Narben blass blieben. Dieser Vorgang wiederholte sich von Zeit zu Zeit, wobei dann immer ein starker Juckreiz auftrat. Ichthyollcollodium, welches einige Wochen hindurch auf die Narbe gepinselt wurde, führte Heilung herbei.

III. Erkrankung an Variola vera ein Jahr nach der erfolgreichen Impfung.

In der Familie eines Gärtners wurde 1865 ein einjähriger Knabe geimpft und zwar mit vollständigem Erfolg, indem sich alle Pocken regelrecht entwickelten. 1866 traten in Folge des Krieges die Pocken in dem Orte, wo diese Gärtnerfamilie wohnte, auf. Ein erwachsenes Mädchen einer annderen in demselben Hause wohnenden Familie erkrankte an den Blattern. Der betreffende Knabe, welchem der Zutritt zu der Kranken eines Tages gestattet wurde, inficirte sich ebenfalls und erkrankte schwer an den Blattern trotz der ein Jahr vorher vollzogenen erfolgreichen Impfung, die ihn nun doch vor allen Gefahren schützen sollte. In englischen Pockenepidemien soll ja auch ähnliches beobachtet sein.

Aus dem klinischen Laboratorium der Universität Basel.

F. Suter und H. Meyer: Beiträge zur Physiologie der normalen Harnsecretion beim Menschen. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. 32. Heft 3 und 4. 1893.)

Die Verfasser hatten die seltene Gelegenheit, während längerer Zeit bei einem fünfjährigen Knaben, der wegen Blasenektopie auf der Abtheilung des Professor Socin sich befand, den Harn beider Nieren getrennt auffangen und untersuchen zu können.

Der Mechanismus der Harnentleerung aus den Uretheren gestaltete sich folgendermassen:

Der Urin tropfte nicht continuirlich aus den Uretheren, sondern entleerte sich ruckweise. Und zwar folgte einer Entleerung immer eine verschieden lange Pause, in welcher kein Urin erschien. Der rechte und linke Urether wechselten in ihrer Entleerung ziemlich regelmässig ab. Das Anzeichen einer Urinportion wurde durch eine leichte Streckbewegung der Uretherpapille, durch eine Art Errection eingeleitet. Dann schossen einige Tropfen im leichten Strahle heraus, während der letzte Tropfen nach Ablauf der Contraction zögernd hervortrat und an dem wieder erschlafften Zäpfchen herunterrann.

Die unterbrochene Gewinnung des Urins dauerte $3^1/_2$ Tage. Tag und Nacht waren die Verfasser bei dem Patienten, um das Harnsammeln überwachen zu können. Der aus beiden Nieren während dieser Zeit ausgeschiedene Harn betrug 1787·25 *ccm*. Um eine Vergleichung der Thätigkeit der beiden Nieren nach möglichst verschiedenen Richtungen hin möglich zu machen, wurden folgende Bestimmungen ausgeführt:

1. Messen der Urinmengen;
2. Bestimmung des specifischen Gewichtes;
3. der Acidität;
4. des Harnstoffes und
5. des Phosphorsäuregehaltes.

Die stündlichen Harnmengen der rechten und linken Niere wurden von den Verfassern in einer Tabelle angelegt.

Grössere Differenzen liessen sich dort constatiren, wo mehr Urin secernirt wurde. Die grösste absolute Differenz findet sich am dritten Versuchstage zur Zeit der intensivsten Thätigkeit der Nieren, Morgens von 10—11 Uhr. Sie beträgt 5·5 *ccm* bei einer Harnmenge von 36, resp. 30·5 *ccm*. Relativ sehr grosse Differenzen beobachteten die Verfasser am vierten Versuchstage; und dabei ist das Auffallende, dass die Minderausscheidung erst die rechte, dann die linke Niere betrifft, während sonst in der grossen Mehrzahl der Fälle das Plus der Ausscheidung auf Seiten der rechten Niere ist.

Von den in 48 Stunden ausgeschiedenen 1787·25 *ccm* Urin fällt auf die linke Niere 40·75 *ccm* weniger als auf die rechte. Das bedeutet ein Minus der Harnausscheidung von nicht ganz 0·5 *ccm* pro Stunde zu Ungunsten der linken Niere. Die absoluten Differenzen der einzelnen Tage differiren ziemlich stark; dagegen die procentischen sehr wenig.

Die specifischen Gewichte sind in der Mehrzahl der Fälle gleich oder differiren nur sehr wenig. Die grösste Differenz im specifischen Gewichte fand sich am vierten Tage und zwar 1033 und 1030·5 *ccm*.

Was die Acidität betrifft, so zeigten sich hier bedeutende Differenzen, die zwei Mal beinahe 50 % betrugen. Einen weniger sauren Harn lieferte immer die linke Niere.

Die Harnstoff- und Phosphorsäurewerthe waren selten absolut gleich, die Unterschiede jedoch meist sehr gering. Die Differenzen des Harnstoffgehaltes hielten sich stets in den Centigrammen, die der Phosphorsäure stets in den Milligrammen. In der Mehrzahl der Fälle lieferte die rechte Niere einen etwas concentrirteren Harn, als die linke.

Vergleicht man die Gesammt-Harnstoff- und Phosphorsäuremengen, die innerhalb von Perioden von sechs Stunden ausgeschieden wurden, so lässt sich der Schluss ziehen, dass die beiden Nieren in gleichen Zeiten ungefähr gleiche Flüssigkeits-Harnstoff- und Phosphorsäuremengen liefern.

Trotz der gesunden Differenzen glaubt Verfasser, dass die beiden menschlichen Nieren in gleichen Zeiten gleichviel Harn liefern, der gleichviel Harnstoff- und Phosphorsäure enthält.

Zum Schlusse fasst Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen die Factoren zusammen, durch welche die Function der Nieren beherrscht wird.

Diese sind folgende:

1. Beschaffenheit des Blutes, Reichthum desselben an Wasser und an harnfähigen Stoffen.
2. Der Blutkreislauf der Nieren, abhängig vom allgemeinen Kreislauf (Blutdruck, Stromgeschwindigkeit, Herzaction, Blutmenge) und von localen Bedingungen (Vasomotoren der Nieren).
3. Etwaige directe Nerveneinflüsse auf die Drüsenzellen.
4. Sogenannte Disposition, d. h. die augenblickliche functionelle Leistungsfähigkeit der Nierenepithelien (vom Ernährungszustand und anderen Momenten abhängig.

Rosenstadt.

Quincke: Ueber puerperale Hemiplegien. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3 u. 4.)

Im Anschluss an mehrere Beobachtungen und Berücksichtigung der Literatur unterscheidet Quincke drei Formen, dieser ziemlich seltenen Affection.

Während der Geburt entstehende Hemiplegien. Dabei dürfte die andauernde Steigerung des Blutdruckes zur Zerreissung von kleinsten Gefässen führen, besonders wie Quincke glaubt von Venen.

Die während des Wochenbettes auftretenden Hemiplegien sind durch Circulationsschwäche mit Anämie und Thrombose zu erklären. Diese heilen rasch bei Besserung der Circulation.

Manche Fälle sind embolischen Ursprungs durch Recrudescenz alter endocarditischer Processe (bei vorhandenen Herzfehlern), während die sogenannte puerperale Endocarditis (Septica) nur ganz ausnahmsweise zur Embolie führt.

Rudolf Kolisch.

Aus dem Institut für Allgemeine Pathologie an der Universität zu Catania, Vorstand Prof. **Ughetti.**

Alonzo: Ueber die Alteration der Nieren und der Leber in Folge Ligatur des Ductus choledochus. (Riforma Medica 1893, Bd. III. Nr. 53 und 54).

Auf Grund eingehender experimenteller Untersuchungen über diesen Gegenstand gelangt Dr. Alonzo, Assistent am obigen Institute für Allgemeine Pathologie zu folgenden Schlussfolgerungen:

Auch beim Hunde, gleichwie bei anderen Thieren, treten in Folge der Ligitur des Ductus choledochus destructive Herde, in der Leber, ebenso im ganzen Organe grössere degenerative Alterationen auf; nur stellen sich diese Veränderungen beim Hunde später als anderen Thieren ein.

Nicht alle Leberelemente werden von derselben Art der Degeneration befallen: einige erleiden die Fettdegeneration, andere die Vacuolisation.

Auch beim Hunde findet eine Bindegewebsentwicklung statt, die zum geringen Theile von der am Ligaturpunkte hervorgerufenen und nach oben hin vorgeschrittenen Entzündung, zum grossen Theile jedoch von einer Reaction in Folge der in dem Leberparenchym platzgegriffenen degenerativen und destructiven Vorgängen und der in demselben stattfindenden Circulationsstörungen herrührt.

Als Folge der Ausscheidung der Galle durch das Nierenemunctorium treten in der Niere Alterationen auf, die zu einer Autointoxikation des Thieres Anlass geben können. Diese Alterationen gehen von den Tubuli aus; viel später erfolgt bindegewebige Neubildung.

Die Thiere, deren Ductus choledochus man unterbunden hat, leben nicht lange. Fälle von längerer Lebensdauer, sind auf einen geringen Grad von Wiederherstellung der Wegbarkeit des Gallenganges zurückzuführen. In diesem Falle wechseln einigermassen die Erscheinungen und die Vorgänge in der Leber.

Beim Menschen finden analoge Alterationen statt, wofern der Icterus persistent ist; zu den Erscheinungen der Cholämie und Acholie gesellen sich recht bald jene der Urämie. *D. A.*

Wl. Gajkiewicz (Waschau): **Ein zweiter Fall von Akromegalie.** (Gazeta Lekarska Nr. 31, 1893.)

In Anschlusse an die ausführliche Darstellung eines genau beobachteten einschlägigen Falles bespricht Verfasser dieses Leiden als eine allgemeine, kein Organ verschonende, früher oder später sämmtliche Gewebe des Organismus ergreifende, langdauernde, progressive Krankheit, welche unaufhaltbar zu Cachexie und Atrophie führt.

Im Beginne sind nur die peripheren Scelettknochen, die der Hände, der Füsse und des Gesichtes ergriffen, später werden auch die andern Knochen mitinficirt, am spätesten vielleicht die des Schädels. Ausserdem unterliegen auch diesem Uebel die Weichtheile, Haut, Unterhautzellgewebe, Muskeln und innere Organe. Die Krankheit beruht auf einer Hypertrophie des Bindegewebes, welche in den Knochen den Charakter dichten Knochengewebes annimmt, keine Verlängerung, sondern eine Verdickung derselben verursacht und später rareficirt.

In der Haut unterliegen sämmtliche Schichten der Hypertrophie, wofür auch das starke Schwitzen spricht. In Nervensysteme hypertrophirt die Neuraglia, welche langsam Atrophie der Nervenelemente herbeiführt

Ausserdem fand man bei dieser Krankheit Hypertrophie des Herzens, Atheromatosis der Blutgefässe, Varices u. s. w. Vergrösserung der Lymph-Schild-Thymusdrüsen, der Glandula pituitaria, welche Letztere gewiss mit Ursache für die so häufigen und quälenden Kopfschmerzen in dieser Krankheit ist. Die so allgemeine Verbreitung des Leidens spricht für eine allgemeine Krankheit, eine Trophoneurose. Ursache unbekannt. *Sp.*

Robinson: Ueber Verlauf und Behandlung gewisser urämischer Erscheinungen. (Americ. Journ. 1893, Nr. 258.)

Vorerst wird die Aufmerksamkeit auf eine Reihe von leichteren Erkrankungen verschiedener Art gelenkt, bei denen ein organisches Nierenleiden nicht nachweisbar war. Häufig wiederkehrender Kopfschmerz, andere Neuralgien, chronische katarrhalische Erkrankungen des Respirationstractes, schliesslich die bisweilen recht schweren Erscheinungen nach einem begangenen Diätfehler, ist ROBINSON geneigt, bei Fehlen eines anderen ätiologischen Momentes, auf mangehafte Ausscheidung von Zersetzungsproducten des Organismus durch die Nieren zurückzuführen. Es handelt sich hier also um eine functionelle Erkrankung der Nieren, um eine Insufficienz der Nierenthätigkeit. Der Harn zeigt oft keine pathologischen Veränderungen; bisweilen ist seine Menge vermehrt oder vermindert. Albumen findet sich nicht oder in Spuren; Nierenelemente fehlen Der gegebenen Indication, Zersetzungsproducte aus dem Körper zu entfernen, wird durch dargereichte Abführmittel genügt. Aber auch von Diureticis, wie Ammoniumacetat, sah ROBINSON einen günstigen Erfolg, zumal wenn die Diurese gleichzeitig durch flüssige Nahrung befördert würde.

Im Verlaufe eigentlicher organischer Nierenerkrankungen können die dabei auftretenden schweren Erscheinungen, wie Oppressionsgefühl und Athemnoth einmal auf Erlahmen des meist hypertrophischen Herzens zurückgeführt werden.

Die Herzaction ist unregelmässig und frequent, die Pulsspannung im Vergleiche zur Dicke des Gefässes gering, der Harn spärlich. Hier ist die vorsichtige Anwendung von Digitalis oder Coffëin am Platze. In einer anderen Reihe von Fällen dagegen, charakterisirt durch hohe Gefässspannung, regelmässige, kräftige Herzaction und dabei doch geringer Harnmenge, ist ein Erlahmen der Nierenthätigkeit selbst mit Retention giftig wirkender Substanzen im Organismus anzunehmen. Hier sind Diuretica, z. B. Colchicin, zu reichen. Hat man Ursache, aus einer ganz abnorm hohen Pulsspannung auf Krampf der kleinen Nierengefässe zu schliessen, so wäre Amylnitrit und Nitroglycerin zu empfehlen.

Den Gebrauch von Opiaten — insbesondere Morphin subcutan — will ROBINSON auf die Fälle von Urämie mit schweren Hirnerscheinungen, als allgemeine Krämpfe und Bewusstseinsstörung beschränkt wissen. *W. Sch.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Sir Andrew Clark

Präsident des «Royal College of Physicians», London.

SIR ANDREW CLARK wurde als der Sohn eines praktischen Arztes in Aberdeen geboren. Die Mutter SIR ANDREW CLARK's überlebte nicht seine Geburt, und sein Vater starb, als der Knabe 7 Jahre alt war. Er wurde von einem Stiefvater und von einer Stiefmutter erzogen, und es scheint, dass seine Kindheit eine ziemlich freudlose war. Er besuchte die Schule in seiner Vaterstadt, Aberdeen, und absolvirte seine medicinischen Studien in Aberdeen und Edinburgh, wo er durch die zahlreichen Preise, die er bei den Preisausschreibungen für wissenschaftliche Leistungen gewann, auf seinen eifrigen Fleiss und auf seine hohe Begabung die Aufmerksamkeit seiner Lehrer und Collegen auf sich lenkte.

Nach Absolvirung seiner Studien wurde CLARK Demonstrator der Anatomie an der Universität Edinburgh unter der Leitung des berühmten Robert KNOX und war auch während einiger Zeit Assistent von Dr. HUGHES BENNETT an der Lehrkanzel für Pathologie.

Dr. BENNETT übte auch einen grossen Einfluss auf CLARK's wissenschaftliche Laufbahn aus, indem er ihm ein Muster exacter klinischer Beobachtung war und sein Interesse für pathologische Histologie anregte.

Um diese Zeit erkrankte CLARK unter den Anzeichen einer Lungenkrankheit, aus welchem Grunde er sich als Chirurg auf die königliche Marine aufnehmen liess.

Nach einigen Reisen nahm er den Posten eines Pathologen beim königlichen Marine-Hospital in Haslaran, wo er den Gebrauch des Mikroskops bei klinischen und pathologischen Arbeiten lehrte.

Im Jahre 1853 folgte er einem Rufe nach London als Curator des soeben errichteten Museums des «London Hospital». Hier, wie in jeder Sache, die er unternahm, legte er seine ganze Energie an den Tag, prüfte und beschrieb von neuem die vorhandenen Präparate und ordnete das Museum.

Bis auf die letzte Zeit trugen viele der Präparate Inschriften von seiner eigenen Hand. Die Studenten und die Aerzte des Spitals erkannten allsogleich, dass der junge Schottländer in ihrer Mitte kein gewöhnlicher Mensch sei. Er hatte ursprünglich beabsichtigt, sich ausschliesslich der Pathologie zu widmen, aber im Jahre 1854 wurde die Stelle eines Assistenzarztes am Hospital vacant, und CLARK wurde dazu angeregt diesen Posten anzunehmen.

In demselben Jahre erwarb er sich auch den Doctorgrad an der Universität in Aberdeen und im darauffolgenden Jahre wurde er zum Mitgliede des «Royal College of Physicians» in London gewählt.

Als er sein Amt als Assistenzarzt antrat, brachte er die Methoden der klinischen Untersuchung, die er sich in Edinburgh angeeignet hatte, mit, und bei seinen wissenschaftlichen Arbeiten machte er beständig von dem Mikroskope Gebrauch, welches zu jener Zeit bei wissenschaftlichen Forschungen noch wenig in London im Gebrauche stand.

Vor Allem waren alle seine Arbeiten von einem glühenden Enthusiasmus beseelt, der auch auf all' Die, welche unter ihm arbeiteten, einen grossen Einfluss ausübte.

Die gründliche Art, auf die er seine Patienten behandelte, die Art und Weise, wie er den Urin in jedem Falle chemisch und mikroskopisch untersuchte, bilden einen Theil der Geschichte des «London Hospital». Was auf Die, welche mit ihm zu jener Zeit zusammen arbeiteten, einen besonderen Eindruck machte, war die minutiöse Genauigkeit, die Gründlichkeit und die Schnelligkeit, mit der er seine Diagnose stellte.

Bald nach seiner Ernennung zum Assistenzarzt wurde er zum Pathologen des «London Hospital» ernannt, und die Gründlichkeit seiner Untersuchungen und seine besonders grosse Gabe zu demonstriren, zogen auch eine grosse Zahl von Aerzten ausserhalb des Spitals mächtig an, die seinen Sectionen mit Eifer beiwohnten. Inzwischen wurde er auch zum Lehrer im «Medical College» ernannt. Er war der Nachfolger des verstorbenen Dr. W. B. CARPENTER auf dem Lehrstuhle der Physiologie, und seine theoretischen Vorlesungen zeigten dieselbe Klarheit und erregten dasselbe hohe Interesse wie sein praktischer Unterricht. Seine Antrittsvorlesung über «Körper, Seele und Geist» machte unter den Aerzten viel von sich sprechen, und CLARK erwarb sich dadurch eine grosse Berühmheit als ein Mann von ausgesprochener Orginalität der Ansichten und metaphysischer Untersuchungsgabe. In den späteren Jahren finden wir ihn als Professor der inneren Medicin, welche Stelle er jedoch, in Folge seiner vielfältigen Beschäftigung nur einige Jahre inne hatte.

Im Jahre 1866 zeichnete sich CLARK durch seine Untersuchungen über die Cholera aus, die damals im Ostende Londons wüthete. Seine Hingebung zu seinem Berufe, brachte ihn damals auch in Berührung mit Mrs. GLADSTONE, die sich an dem Rettungswerke mit Eifer betheiligte, und auf diese Art wurde CLARK mit der Gemahlin des berühmten englischen Premier bekannt.

CLARK wurde hierauf auch der ärztliche Rathgeber des grossen Staatsmannes, was ihm eine besonders grosse Privatpraxis und eine seltene Popularität in London verschaffte.

Im Jahre 1883 verlieh ihm die Königin von England, nachdem sie von seiner hervorragenden Stellung unter den Aerzten und von seinen hohen Verdiensten um die medicinischen Wissenschaften erfahren hatte, auf die Anregung GLADSTONE's hin, die Ehre und den Titel eines Barons.

Es würde uns viel zu weit führen, hier auf die mannigfachen Verdienste CLARK's um die innere Medicin und die Pathologie einzugehen, obleich CLARK in die Kategorie jener grossen Gelehrten und Forscher hineingehört, die wenig schreiben, und wir können nur dem Bedauern Ausdruck verleihen, dass mit dem Hinscheiden Sir ANDREW CLARK's England im Speciellen und die medicinische Welt im Allgemeinen einen der grössten Pathologen der Neuzeit verliert. *L.*

---

* Universitäts- und Personal-Nachrichten

— Krakau. Der Bezirksarzt und Universitätsdocent Dr. L. Poniklo wurde zum Director des St. Lazarus-Krankenhauses ernannt.

— Berlin. Zum ersten Prosector am I. anatomischen Institut wurde Prof. Hans Virchow, zum zweiten Dr. Broesich, zum Custos Prof. W. Krause ernannt. — Als Privatdocent für Hygiene habilitirte sich am 17. d. M. das ordentliche Mitglied des königlichen Gesundheitsamtes, Regierungsrath Dr. Ohlmüller mit einer Antrittsvorlesung über Wasserversorgung. Ohlmüller ist früherer Schüler und Assistent Gottlieb Merkel's in Nürnberg.

— Tübingen. Prof. Dr. J. v. Säxinger feiert am 26. November das 25jährige Jubiläum als Professor und Vorstand der Frauenklinik.

— Rostock. In der medicinischen Facultät habilitirte sich der Prosector am anatomischen Institut, Dr. med. Friedrich Reinke mit einer Antrittsvorlesung über die Structur des Zellkernes.

— Paris. Dr. Landouzi wurde zum Professor der Therapie und der Medizin ernannt.

— London. Zum Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors der Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. John Williams in London, ist Dr. Herbert R. Spencer ernannt worden.

— Constantinopel. Der französische Arzt Dr. Nicole wurde zum Director des bacteriologischen Institutes ernannt.

— Moskau. Zum Nachfolger des Professors der Chirurgie Sklifaskowski ist der bisherige a. o. Prof. Dr. Alexander Bobrow ernannt worden.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 20. d. M. im Hörsaale Prof. Stricker's abgehaltenen wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medic. Doctorencollegiums schickte der Vortragende Prof. Stricker seinem mit Demonstrationen verbundenen Vortrage: «Ueber die Entstehung des Eiters» einige Bemerkungen voraus, welche die zum Unterrichte nöthigen Mittel betrafen. Vortragender besitzt ein System von Tafeln, die sich über- und gegeneinander verschieben lassen. Vor der Vorlesung zeichnet er nun die zu demonstrirenden Figuren mittels Farben und Pinsel auf dieselben, um sie den Hörern ersichtlich zu machen. Von grösserer Wichtigkeit sei, dass jetzt in das Haus ein mächtiges Stromkabel geleitet ist, mittels welches ein starker Gleichstrom in den Hörsaal geführt wird, der eine mächtige Fülle von Licht gibt, welches fast dem Tageslichte nahekommt. Die Vergrösserung ist eine 5000—10.000fache und wird einmal durch ein stärkeres Okular, das anderemal durch ein stärkeres Objectiv vermittelt. Dem Vortrage Stricker's folgte eine Demonstration von Bacillenculturen durch Dr. Hasterlik. Beide Vorträge finden sich an anderer Stelle dieses Blattes. — Die Sitzung des Wiener medic. Clubs am 22. d. M., welcher Docent v. Limbeck, nachdem er einige warme Dankesworte für seine Wahl zum Vorsitzenden an die Versammlung gerichtet hatte, präsidirte, brachte nebst einigen interessanten Demonstrationen und der Discussion über intermittirende Albuminurie den Vortrag des Dr. Pascheles: «Zur Methodik des quantitativen Studiums der Resorption». Der ausführliche Bericht findet sich an anderer Stelle dieser Nummer. — Bei der am 24. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Hofmokls abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte, demonstrirte Dr. Narath einen interessanten Fall von operirter Dünndarm-Vaginalfistel, worauf Prof Lorenz zwei Fälle von geheiltem Klumpfuss und einen fast vollständig geheilten Fall von congenitaler Hüftgelenksluxation vorstellt. Docent v. Hacker demonstrirt zuerst einen Fall, bei welchem an dem durchschnittenen Nervus Medianus die Naht mit Erfolg ausgeführt wurde, hierauf ein ziemlich grosses Aneurysma poplitenuo. An der hierauf auf der Tagesordnung stehenden Discussion: «Ueber Aneurysmen» betheiligten sich die Herren Primarius Dr. Schopf, Hofr. Albert und Hofr. Dittel. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Wien. 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. In einer am 13. d. M. abgehaltenen Versammlung unter Vorsitz der Professoren v. Kerner und Exner hat sich der wissenschaftliche Ausschuss der ärztlichen Sectionen constituirt. Der Beginn des Kongresses wurde auf den 24. September 1894 festgesetzt.

* Wien. Aerztekammerwahl. Das Centralwahlcomité versendet folgende Mittheilung: «Nachdem sämmtliche ärztliche Vereine Wiens, sowie mehrere freie Aerzteversammlungen dem «Central-Wahlcomité» die Namen jener Collegen zur Kenntniss gebracht haben, deren Wahl in die Wiener Aerztekammer sie der Aerzteschaft Wiens durch das Comité empfehlen, ist an

das letztere die schwierige Aufgabe herangetreten, aus der grossen, die gesetzlich normirte Anzahl der zu wählenden Kammermitglieder und Ersatzmänner um etwa das Doppelte übersteigenden Zahl dieser Namen jene Männer auszuwählen, welche demselben durch ihre Erfahrung auf ärztlich-socialem Gebiete, Arbeitslust und Arbeitskraft, Charakter und Ansehen die sicherste Gewähr bieten, die Stimmen der Wähler zu vereinigen. — Das aus den Delegirten der einzelnen Vereine und Versammlungen bestehende «Central-Wahlcomité», welches sich nunmehr definitiv constituirt hat, glaubte dieser Aufgabe auf dem Wege einer Probewahl aus den ihm vorliegenden Listen seiner Mandatare in unparteiischester und liberalster Weise zu entsprechen und hiedurch den stets peinlichen Discussionen über Personalfragen vorzubeugen. Die Zusammensetzung des Comités, das sich aus Vertrauensmännern der gesammten Aerzteschaft Wiens recrutirt, bürgt dafür, dass dieser Modus den berechtigten Wünschen aller Wähler Rechnung tragen werde. Die Namen der aus der Probewahl hervorgegangenen Candidaten werden zu jener Candidatenliste vereinigt werden, welche das «Central-Wahlcomité» sämmtlichen Wählern zur Wahl in die erste Aerztekammer der Reichshaupt- und Residenzstadt empfohlen wird.»

* Paris. Am 20. November ist hier ein Congress eröffnet worden, der sich Nationaler Congress zur freien Ausübung der Medicin nennt. Die Organisatoren appelliren nicht nur an alle Diejenigen, welche die Medicin frei ausüben, wie Magnetiseure, Masseure etc., sondern auch an jene Kranken, die durch nicht diplimirte Praktiker geheilt worden sind. — So berichtet die Medécine moderne. — Nach den offenbaren Tendenzen der Einberufer war es allerdings schwer möglich, sich auch an diejenigen Kranken zu wenden, welche trotz Behandlung von Seite der undiplomirten Praktiker — nicht geheilt worden sind. Aber interessant wäre es jedenfalls, was diese Krankgebliebenen zu erzählen hätten.

* Moskau. Der Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Moskauer Universität, Dr. A. M. Makejew, hat zum Bau einer Kirche bei den neuen Universitätskliniken auf dem Jungfernfelde in Moskau 100.000 Rubel gespendet.

* Ungarisches Archiv für Medicin. Das 1. Heft des II. Bandes enthält folgende Original-Mittheilungen: 1. Dr. Karl Kétli: Ueber die antimalarische Wirkung des Methylenblau; 2. Dr. Julius Kóssa: Ueber ein chemisches Gegenmittel bei Cyan-Vergiftung; 3. Dr. Julius Kóssa: Ueber die physiologische Wirkung des Pikrotoxins; 4. Dr. Karl Schaffer: Ueber Veränderungen der Nervenzellen bei experimentellen chronischen Blei-, Arsen- und Antimonvergiftungen; 5. Dr. Géza Békésy: Zur Identitätsfrage der Blattern und Windpocken; 6. Dr. Alexander v. Korányi: Beiträge zur Lehre der cerebralen Lähmungen; 7. Alexander Szili: Apparat zur Untersuchung des Elektrodonus; 8. Dr. Jos. Neumann: Antipyrin als Localanästhetikum für den Kehlkopf und Rachen; 9. Dr. Wilh. A. Meisels: Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe.

* Todesfall. In Halle starb der Vorstand der gynäkologischen Klinik, Prof. Dr. Rudolf Kaltenbach.

* Influenza. Aus verschiedenen Theilen Deutschlands wird das Auftreten der Influenza gemeldet. Auch in England ist sie wieder epidemisch, insbesondere in Birmingham, doch ist ihr Verlauf ein milder.

* Cholera-Nachrichten. Wien. Aus Budapest ist auf dem Schifffahrtwege ein Cholerafall in Wien eingeschleppt worden. Auf einem am 21. November l. J. aus Budapest angelangten Schleppschiffe befand sich der Matrose Stephan Bogardi, welcher Tags darauf wegen choleraverdächtiger Erkrankung in das Kaiser Franz Josefs-Spital abgegeben wurde. Stephan Bogardi hat hier das Land nicht betreten. — Oesterreich-Ungarn. In der Woche vom 14.—21. November war in Galizien wieder eine grössere Zahl von Choleraerkrankungen zu verzeichnen, als in der Vorwoche, der grösste Theil, fast die Hälfte der Erkrankungen entfiel auf den Bezirk Staremiasto und hier auf die Gemeinde Chyrow. Die Gesammtzahl der Neuerkrankungen betrug 49 gegen 41 in der Vorwoche, die Zahl der Todesfälle 16, von denen 15 auf die in der Berichtswoche Erkrankten, 1 auf früher ausgewiesene Kranke entfiel. — In der Bukowina sind 5 Erkrankungen und 4 Todesfälle an Cholera vorgekommen. — Ungarn. In der Woche vom 1.—7. November ist die Zahl der Neuerkrankungen und Todesfälle an Cholera bedeutend zurückgegangen. Während in der vorausgegangenen Woche aus 67 Gemeinden 237 Erkrankungs- und 144 Todesfälle angezeigt wurden, ist in der ersten Novemberwoche die Zahl der Gemeinden auf 35, jene der Erkrankungen auf 64, die der Todesfälle auf 31 gesunken. — Auch in Bosnien ist die Cholera im Rückgange begriffen. In der letzten Octoberwoche sind der vorausgegangenen Woche gegenüber um 60 Personen weniger erkrankt, die Zahl der Todesfälle hat sich um 19 vermindert. — Deutsches Reich. Choleraerkrankungen werden gemeldet aus dem Kreise Niederung (Ostpreussen) in Andreischken 2 (1), Endreischken 1, aus dem Kreise Labiau in 2 Orten am Kurischen Haff 2 tödtlich verlaufene Fälle; aus Stettin, Gartz a. O., Göritz, je 2, aus Grabow, Gollnow, Stepenitz je 1 Fall; aus Wollin 11 (2), Warsow 2, aus 2 Orten des Kreises Angermünde 3 (1) Fälle, aus Potsdam 1 Erkrankung mit tödtlichem Ausgang. Im Elbestromgebiet kam in Altona, Harburg und Rathenow je 1 tödtlich verlaufener Fall vor. Am 11. November kam in Geesthacht (Ortschaft des Hamburgischen Staates) 1 Cholerafall vor. — England. Während der Woche vom 28. October bis 3. November ist kein weiterer Fall von Cholera oder choleraartiger Diarrhöe vorgekommen. — Italien. Die Cholera-Epidemie in Palermo soll erloschen sein. Zwischen 26. October und 2. November wurden noch 67 Erkrankungs- und 41 Todesfälle ausgewiesen. Die Gesammtzahl der Erkrankungen betrug 968, jene der Todesfälle 507. — Türkei. Während die Choleraerkrankungen in Constantinopel seltener werden, hat die Epidemie in Eski-Chair an Ausbreitung zugenommen.

Dieser Nummer liegt ein Prospect über neuere medizinische und naturwissenschaftliche Werke und Zeitschriften aus dem Verlag von R. Oldenbourg in München und Leipzig, bei.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Einbanddecken.

Wir erlauben uns anzuzeigen, dass für den Jahrgang 1892 der „Internationalen Klinischen Rundschau" und für den VI. Band der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben sowohl von uns direkt, als auch durch jede Buchhandlung für die „Internationale Klinische Rundschau" um 1 fl., gleich 2 Mark, für die „Klinischen Zeit- und Streitfragen" um 60 kr., gleich 1 Mark 20 Pf. bezogen werden.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau".

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 3. December 1893** **Nr. 49.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj 10 fl, halbj 5 fl, viertelj. 2 50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der **„Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Diagnose der symptomatischen Epilepsie.

Von

Dr. Pascault (Villerville)*)

Wann immer uns ein Epileptiker begegnet, ist es für die weiters einzuschlagende Behandlung von grösster Wichtigkeit, sowohl den Boden, auf dem sich die Neurose entwickelt hat, als auch ihre unmittelbaren Gelegenheitsursachen genau kennen zu lernen. Blos wenn diesbezügliche Nachforschungen erfolglos blieben, hat man das Recht — immer noch mit grösster Reserve — die Diagnose auf idiopathische Epilepsie zu stellen. Da die symptomatische Epilepsie der essentiellen Epilepsie gewöhnlich in allen äusseren Merkmalen gleicht, haben wir die für die Diagnose «symptomatische Epilepsie» massgebenden differential-diagnostischen Momente in den individuellen und hereditären Verhältnissen des Kranken, in eventuellen Diathesen etc. zu suchen

1. Beim Erwachsenen können eigenthümliche Besonderheiten, welche die Anfälle in ihrem Auftreten bieten, auf die richtige Spur leiten. Fallt z. B. ihr erstes Auftreten mit dem Eintritte der Mannbarkeit zusammen; erneuern sie sich mit Vorliebe während der Menses, dann wird man nach dem Rathe M. Lemoine's (Revue clinique thérap. 1893) durch Regeln der menstruellen Verhältnisse einzugreifen suchen, indem man die die Menses begleitenden oder ihnen vorangehenden Schmerzen zu verringern trachtet, indem man dort auf die Herzaction einwirkt, wo es sich um Störungen der arteriellen Spannung handelt. Hat man Ursache, eine bestehende Schwangerschaft für das Entstehen oder Wiedererscheinen der Anfälle verantwortlich zu machen, so darf man vor der Entbindung ein Milderwerden oder das gänzliche Aufhören der Anfälle erwarten.

*) Uebersetzt nach der «Revue Générale de Clinique et de Therapeutique» vom 1. November 1893 (Nr. 44).

Andererseits sehen wir bisweilen bei starken Essern, welche an Magenerweiterung leiden, den Anfall im Gef[illegible] der schwerfälligen Verdauung und mit den Symptomen einer Magendisposition hereinbrechen, durch eine vom Magen ihren Ausgang nehmende Aura eingeleitet, begleitet von Erbrechen als Ausdruck eines überladenen Magens oder abnormer fermentativer Vorgänge im Verdauungstracte. Hier haben eine antiseptisch wirkende, gründliche Entleerung des Darmes (nebst Anregung aller übrigen Secretionen), sowie die Antiseptica im engeren Sinne des Wortes Anwendung zu finden. Vielleicht darf man manche derartige Anfälle zu andauernder Stuhlverstopfung in Beziehung bringen, wie sie bei chronischen Magenkranken und bei Arthritikern häufig ist. Manche meiner Kranken haben thatsächlich, wenn erst auf diesen Punkt aufmerksam gemacht, ausser Stuhlverstopfung, die indessen durch irritative Durchfälle verdeckt werden kann, auch noch ungewöhnlichen Gestank ihrer Stühle vor einem Anfalle angegeben. Darf man die für diese Fälle wahrscheinliche Autointoxication des Körpers nicht auch für die Erklärung der ausschliesslich Nachts auftretenden Anfälle anrufen? Handelt es sich hier, gerade wie bei nächtlich auftretender Dyspnoe, nicht vielleicht auch um eine typische Einwirkung des Harnes mit nachfolgender erhöhter arterieller Spannung? Weist der ungünstige Einfluss, den übermässige Zufuhr von Nahrungsstoffen auf die Entwicklung der Anfälle nimmt, nicht auch auf den toxischen Ursprung gewisser Fälle von Epilepsie hin? Möglicherweise besteht die Wirkungsweise der Infectionskrankheit, die man nach Marie (Univ. Med. 1892, Nr. 96) als Einleitung der Neurose so häufig erheben kann, gleichfalls in Zurücklassung einer relativen Funktionsuntüchtigkeit der zur Verarbeitung und Elimination der Abfallstoffe des Körpers berufenen Organe. Ist es nicht zu mindest ein bemerkenwerthes Zusammentreffen, dass das Uebel mit Vorliebe Leute befällt, die zu Schrumpfprocessen der drüsigen Organe prädisponiren, wie Arthritiker, an Luës oder Saturnismus Leidende? Dass man es so häufig im Endstadium der Nephritis als Gipfelpunkt urämischer Erscheinungen antrifft? Alles dies bleibt so lange Hypothese, bis man bei mehreren wohl ausgewählten Fällen von Epilepsie

eine ausschliesslich und consequent gegen die Autointoxication gerichtete Medication zum Zwecke des Experimentes durchgeführt haben wird. Erklären sich die mit Borax erzielten Erfolge — um noch eine Hypothese anzufügen — aus dessen antiseptischer Wirkung auf den Darm nicht leichter als aus seinen sedativen und alkalinischen Eigenschaften? Mit letzteren könnte freilich auch der günstige Erfolg bei Arthritikern in Einklang gebracht werden. Um diese verführerische Theorie der Autointoxication bei Epilepsie gleichwohl bei Seite zu lassen, muss dennoch festgehalten werden, dass gastro-intestinale Symptome bei gewissen Formen von Epilepsie eine bedeutsame Rolle spielen und wenigstens als Gelegenheitsursachen Aufmerksamkeit verdienen.

Nimmt die den Anfällen vorhergehende Aura ihren Ausgang immer von einer und derselben Stelle des Körpers, so wird man gut thun, diese Stelle einer genauen Untersuchung zuunterziehen, obwohl man dadurch nur selten eine vollkommen befriedigende Erklärung des Uebels findet. Ein mitbestimmendes Moment kann indessen häufig in einer vorgefundenen anatomischen Verletzung, etwa in einem in einer Narbe eingeschlossenen Nervenaste oder Aehnlichem sich ergeben. Anfälle, die sich mit ungewöhnlicher Häufigkeit wiederholen, verweisen auf Syphilis, die als ätiologischer Factor, insbesondere der Epilepsie der Kinder häufig mit ihm Spiele ist.

2. Anders, wenn derartige klare Anhaltspunkte fehlen. Da heisst es, durch sorgfältige anamnestische Erhebungen den Faden suchen, der zur Diagnose «symptomatische Epilepsie» leiten könnte. Der Kranke ist einem Kreuzverhöre von Fragen bisweilen recht delicater Natur zu unterziehen, wenn man durch irgend ein Moment auf die Möglichkeit einer acquirirten Luës, Alcoholismus oder Masturbation hingewiesen wird. Ich halte es für zweckdienlich, den Versuch zu machen, durch einen Blick auf das Gesicht und aus dem von dem Individuum erhaltenen Gesammteindrucke eine Vorstellung von seiner pathologischen Vergangenheit zu gewinnen.

Wir hatten einen schwächlichen und schlecht genährten Säugling vor uns, der von Convulsionen befallen wird, für die sich eine Ursache weder in Verdauungsstörung, noch in peripheren Reizen, noch in einer ausbrechenden fieberhaften Krankheit finden lässt. Die Diagnose, «symptomatische Epilepsie» lässt sich hier von vorneherein wohl schwer aufrechterhalten, sie wird aber dann mit Sicherheit zu stellen sein, wenn sich die Convulsionen in einer fast habituellen Weise wiederholen oder von Hemiplegien, Idiotie etc. gefolgt sind. Bei dem elenden, herabgekommenen Aussehen des Kindes wird man vor Allem auf drei Krankheiten zu achten haben, bei denen epileptiforme Anfälle symptomatisch auftreten: Syphilis hereditaria praecox, kenntlich durch chronische Coryza, Fissuren an den Lippen, Hauteruptionen an den Hinterbacken, an der Vola manus und Planta pedis, Tuberculose: Hier sind Convulsionen der Ausdruck einer Meningitis mit fast immer ungünstigem Ausgange (bemerkenswerth ist, dass Meningitis tuberculosa nach Jules Simon unter zwei Jahren selten ist und dass es sich in solchen Fällen zumeist um Syphilis handelt). Drittens kommt Alkoholismus der Verwandten in der Ascendens oder der Amme in Betracht: Derartige Säuglinge bieten, gleich wie Erwachsene, Schlaflosigkeit und Unruhe als Symptome. In zweiter Linie kann es sich noch um Saturnismus der Eltern und Aehnliches handeln . . . Nur beiläufig sei erwähnt, dass bisweilen nicht an dem Kranken selbst, sondern blos an seinen Geschwistern sich jene Erscheinungen ausgeprägt vorfinden können, die geeignet sind, auf die richtige Spur zu leiten.

In einem vorgeschrittenen Alter, wo sich die epileptischen Symptome schon deutlicher differenziren, kann gleichfalls der allgemeine Habitus des kleinen Kranken bisweilen nützliche Hinweise auf die Diagnose «symptomatische Epilepsie» bieten. Handelt es sich um ein schlecht entwickeltes, im Wachsthum zurückgebliebenes Kind mit grossem Schädel und Gesichte, mit Hornhauttrübungen, unförmlicher Nase und chronischem Schnupfen, mit kleinen ausgezackten Zähnen und mehr oder minder ausgeprägter Schwerhörigkeit, so finden sich oft an den Tibien die für Syphilis hereditaria in ihrer Spätform charakteristischen Exostosen.

Beim Erwachsenen endlich kann uns eine in die Augen springende beiderseitige und symmetrische Paralyse der Vorderarmextensoren mit oder ohne Muskelatrophie mit Sicherheit auf Saturnismus hinleiten. Cachektisches Aussehen, Oedem der unteren Extremitäten im Gefolge atrophischer Lebercirrhose oder florider Phthise weisen auf Alkoholmissbrauch, der gleichfalls das Entstehen der hinfallenden Krankheit begünstigt. Auch zitternde Sprache, wurmförmiges Zucken der Lippen, Unsicherheit in der Ausführung willkürlicher Bewegungen können ein geübtes Ange auf die Vermuthung bringen, dass es sich um verheimlichten Alkcholmissbrauch handelt. Zittern in den Händen beim gerade Vorstrecken derselben, Erhebung von Vomitus matutinus, hartnäckiger Schlaflosigkeit, Alpdrücken, schreckhaften Gesichtshallucinationen werden die Diagnose sichern.

3. Gibt auch der Gesammteindruck des Kranken keinen verwerthbaren Anhaltspunkt, so hat man Organ für Organ, jeden Theil des Körpers einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Legrand du Saulle stellte das Postulat auf, dass jedem Angeklagten, über den der Gerichtsarzt ein Gutachten abzugeben hat, die Kopfhaare kurz geschoren werden. Ohne soweit gehen zu wollen, ist doch eine sorgfältige Untersuchung der behaarten Kopfhaut dringend geboten. Eine Narbe deutet oft auf ein vor 5, 10—15 Jahren erlittenes, vom Kranken vielleicht vergessenes Trauma, das dem Arzte wichtig genug erscheinen kann, die Indication für einen chirurgischen Eingriff abzugeben.

Gewisse Deformationen des Schädels (kahn- oder kielförmiger Schädel) können sich an die Spätform der hereditären Syphilis anschliessen. Assymmetrie der Hirnkapsel ist bekanntlich ein wichtiges Degenerationsstigma bei alkoholischer, luëtischer oder neuropathischer Belastung, häufig mit Assymmetrie des Gesichtes, angewachsenen oder weitabstehenden Ohrläppchen und mancherlei anderen Entwicklungshemmungen vergesellschaftet. Genaue Untersuchung der suboccipitalen und der Lymphdrüsen am Halse kann auf Luës acquisita des Erwachsenen hinleiten. Zu den Ohren übergehend, hat man kurz die Gehörschärfe zu prüfen, die von Erkrankungen dieser Organe nur selten unberührt bleibt. Manche Epileptiker wurden durch Freimachen der pathologisch verschlossenen Ohrtrompete oder des äusseren Gehörganges geheilt. Beim Erwachsenen dagegen kann Taubheit als ein Symptom der Hutchinson'schen Trias auftreten und als solches durch Hornhauttrübungen (kératite interstitielle diffuse) gekennzeichnet sein. Die ophthalmoskopische und die Functionsprüfung des Auges kann sich gleichfalls in vielen Fällen nützlich erweisen. Bei der Nase haben wir schon die Wichtigkeit einer chronischen Coryza betont; von gleicher Bedeutung sind hier die Merkmale einer überstandenen Variola oder scrophulöser Diathese.

Diese, noch immer unvollständige Aufzählung jener Affectionen, welche dem Schädel und dem Antlitze bestimmte Merkmale aufprägen, mag genügen, die Wichtigkeit einer derartigen vorläufigen Untersuchung des Schädels zu bezeugen. Bei negativem Befunde hat man alle übrigen Organe Revue passiren zu lassen. Vom Digestionstracte haben wir schon gesprochen. Hinzuzufügen ist noch, dass man bei Kindern immer noch an die Gegenwart von Helminthen (Tänia, Ascaris, Oxyuris) zu denken hat, die für sich allein epileptische Anfälle auslösen können. Endlich das Circulationssystem, in dem Klappen- und Gefässerkrankungen indirect durch die dabei angewendeten gefässverengernden Heilmittel epileptiforme Krämpfe verursachen können.

Urethro-Genitaltract: Krankheiten des Uterus und seiner Adnexe beim Weibe, des Testikels beim Manne (Syphilis, Tuberkulose). Beiläufig sei noch Masturbation erwähnt, die, wenn sie das Uebel auch nicht erzeugen kann, immerhin geeignet ist, dasselbe zu unterhalten und zu verschlimmern.

4. Dieser letzte Punkt führt dahin, uns nach der Lebensweise des Patienten zu erkundigen, insbesondere mit Rücksicht

auf den Genuss geistiger Getränke, selbst in jenen Fällen, wo es sich nicht um eigentliche Alkoholiker handelt, da bei vielen Epileptikern schon mässiger Alkoholgenuss die Gelegenheitsursache für die Auslösung der Anfälle bilden kann. — Fragen nach seiner Beschäftigung decken bisweilen occulten Saturnismus auf. Man hat auf körperliche Ueberanstrengung zu vigiliren, wie bei Arbeitern und bei jungen Leuten, die ein zu bewegtes Leben führen. Auf geistige Ueberanstrengung bei Leuten, die sich für eine Prüfung vorbereiten, bei Künstlern, Handelsleuten, Speculanten. Auf allzu heftige Inanspruchnahme des Gefühlslebens im Gefolge von Kränkungen und Wechselfällen des Glückes.

5. Man hat schliesslich die allgemeinen physischen Verhältnisse des Kranken zu ergründen, arthritischer Diathese und neuropathischer Veranlagung nachzuspüren. Hier wird ein gegen das Grundübel gerichtetes Regime die antiepileptische Behandlung wirksam unterstützen.

Oft werden derartige Diathesen das einzig hervorstechende Merkmal sein, das sich aus einer peinlich genauen Untersuchung des Kranken ergibt. In diesem Falle wird man nicht umhin können, die Diagnose auf «essentielle Epilepsie» zu stellen. Mit einer bedauerlichen Häufigkeit wird man zu dieser Diagnose gedrängt bei jungen Leuten von 10, 15—20 Jahren, die blos durch allgemeine Degenerationszeichen als die unglücklichen Nachkommen von Neuropathikern, Alkoholikern oder Arthritikern sich kennzeichnen. Anamnestisch sind blos früh aufgetretene Convulsionen, meist im Gefolge einer acut fieberhaften Krankheit zu erheben; oft blieb durch mehrere Jahre eine Hemiplegie zurück, weitaus häufiger nur gesteigerte nervöse oder psychische Reizbarkeit und Muskelzuckungen in verschiedenen Nervengebieten. Dann folgten Schwindelgefühl, Abscesse, unbemerkt gebliebene nächtliche Anfälle mit Incontinentia Urinae, später ausgebildete epileptische Anfälle (grandes attaques), welche wohl die Familie des Patienten auf einmal in grosse Aufregung versetzten, für die diesem selbst aber jede Erinnerung fehlt, die aber nur zu oft frühzeitige Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten herbeiführen und dadurch den Betroffenen in die Classe der Leute einreihen, die die französische Sprache mit einem Bilde als «Unschuldige» bezeichnet.

Formen und Diagnose des Ulcus Ventriculi.

Von

Prof. Germain Sée in Paris.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Die von den mit Ulcus behafteten Pat. erbrochenen Massen variiren je nach dem Falle; sie sind immer stark sauer und man findet in ihnen die nicht verdauten Amylacea.

Die von den Krebskranken ausgeworfenen Massen verbreiten oft einen fötiden Geruch. Die mikroskopische Untersuchung weist in ihnen zahlreiche epitheliale Elemente nach. Man hat auch behauptet, dass man darin auch die Krebszellen unterscheiden konnte; diese Behauptung von Lebert wird heute mit Recht bestritten.

Man hat in der letzten Zeit auch den Versuch gemacht, aus der Analyse des Urins nützliche Winke für die Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Cancer abzuleiten.

Man hat der Abnahme des Harnstoffs und der Chloride bei gewissen Kranken eine grosse Bedeutung beigemessen und man hat diese Veränderung als das Unterscheidungsmerkmal des Krebses betrachtet. In Wirklichkeit ist aber das Verhältniss dieser Elemente eng mit dem Ernährungszustande dieser Kranken verknüpft; die Krebskranken, die eine genügende Menge Nahrung zu sich nehmen können, bieten keine sehr ausgesprochene Verminderung des Harnstoffes und der Chloride dar, hingegen können die an Ulcus rotundum Leidenden, die häufig erbrechen, eine solche Verminderung der Elemente im höchsten Grade darbieten, so dass hier von nichts, das für den Krebs charakteristisch sein würde, die Rede sein kann.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 45, 46, 48, 1893.

Man hat gesagt, dass die Hyperchlorhydrie eine Verminderung der Chloride des Blutes zur Folge haben müsse und dass somit eine mehr ausgesprochene Ausscheidung der Basen durch den Urin stattfinden müsse. Quincke, Maly, Sticker, Hubner und Ferranoni haben diese Angaben bestätigen können. Gluzinski war der erste, der die Aufmerksamkeit auf das gänzliche Fehlen der Chloridreaction des Urins gelenkt hat, so dass in allen Fällen eine starke Alkalescenz des Urins und das Verschwinden der Chloridreaction auf eine tiefgreifende Veränderung der Functionen des Drüsenapparates des Magens hinweisen.

Man hat auch aus der Untersuchung des Blutes einige wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose ableiten wollen. Laache fand bei der Untersuchung des Blutes der Krebskranken (1883) eine Abnahme der rothen Blutkörperchen und Lépine ein zeitweiliges Verschwinden zahlreicher Mikrocyten. Die Leukocythen sind relativ und absolut vermehrt und das Blut in seiner Gesammtheit bietet in seiner Zusammensetzung eine grosse Analogie mit dem Blute bei der Anämie und bei der Leukämie dar.

Die Abnahme des Hämoglobingehaltes soll auch sehr charakteristisch sein. Koeberlé (1888) ist der Ansicht, dass man bei einem Hämoglobingehalte des Blutes über 60 Percent berechtigt sei, den Krebs auszuschliessen, und Laker benützt den Percentsatz des Hämoglobingehaltes als Anhaltspunkt für sein chirurgisches Eingreifen. Oesterpray untersuchte nach dem Vorschlage von Ewald das Blut von 12 Krebskranken; 7 mal fand er eine Abnahme in der Zahl der rothen Blutkörperchen; 5 mal eine Vermehrung der Leukocythen: 11 mal eine Verminderung des Hämoglobingehaltes aber 2 mal constatirte er eine Vermehrung der Zahl der Blutkörperchen mit Bildung von Mikrocyten. Das Blut ist somit bei den Krebskranken verändert, aber nicht in einer specifischen Art, sondern ähnliche Veränderungen können sich auch beim Ulcus ventriculi und bei gewissen cachektischen Zuständen, wie z. B. bei der Tuberkulose, vorfinden.

2. Ulcus simplex und Gallensteine. Es kann Schwierigkeiten bereiten, das Ulcus von der Cholelithiasis zu unterscheiden, wenn kein Icterus vorhanden ist, und wenn man zufällig keine Gallensteine findet. Wenn aber hingegen der Icterus unter Schmerz auftritt, so kann man sich mit aller Sicherheit gegen Ulcus simplex ventriculi aussprechen, aber nicht gegen das Duodenum, wo man es oft genug beobachtet.

Die Natur des Schmerzes hat für die Diagnose keinen grossen Werth; bei der Cholelithiasis hängt der Schmerz nicht von der Art der Ernährung ab, überdies ist sein Sitz ein verschiedener; er erstreckt sich von der Medianlinie gegen die Lebergegend; in solchen Fällen gibt es keine schmerzhaften Punkte auf dem Dorsum. Der Schmerz kann den gastralgischen Schmerz vortäuschen und somit auch das Ulcus, wenn er die Magengrube zu seinem ausgesprochenen Ausgangspunkte hat.

3. Gastralgie. Dieselbe unterscheidet sich vom Ulcus durch das Fehlen der Hyperchlorhydrie, die leicht festgestellt werden kann, und die an und für sich die diagnostischen Fehler gestattet, die man täglich auf Unkosten des Ulcus stellt zu vermeiden.

4. Chlorose. Hier ist die chemische Beschaffenheit des Magensaftes eine sehr variable; bisweilen zeigt derselbe Hyperchlorhydrie, bisweilen Hypoacidität; man muss in diesem Falle die Momente, die sich aus der Diagnose der Beschaffenheit des Blutes ergeben, heranziehen.

* * *

Diagnose des Ulcus rotundum und der anderen Hyperchlorhydrien.

1. Die primäre Hyperchlorhydrie. Nach dem Studium des Ulcus pepticum und seiner Verwandtschaft mit der primären Hyperchlorhydrie kann man die Analogie der

Zeichen beider Krankheiten leicht errathen. Ich wünsche drei dieser Zeichen besonders zu betonen: a) Die Sensation von Ziehen im Epigastrium mit Flatulenz zur regelmässigen Stunde am Ende der Magenverdauung. i. e. drei bis vier Stunden nach der Ingestion der Mahlzeit; dieser Schmerz und dieser Tympanismus, die man auch «stündlich» (horaire) nennen kann, sind so charakteristisch, (siehe meine «mémoire académique» vom 1. Mai 1888, mit MATHIEN und DURAND-FARDEL), dass man aus ihnen häufig vor der Extraction und der Analyse des Magensaftes die Diagnose der Hyperchlorhydrie ableiten kann; dasselbe gilt auch vom Ulcus; b) aber die paroxysmellen und spiessartigen Schmerzen und c) namentlich das Erbrechen sind beim Ulcus pepticum viel häufiger und schwerer als bei der Hyperchlorhydrie, welch' letztere selten zu einer Gefahr Veranlassung gibt, wie dies beim Ulcus simplex, wenn es in noch so geringem Grade hämorrhagisch ist, der Fall ist.

2. Anhaltende Hypersecretion oder Gastrosuccorrhoe. Es gibt eine Krankheit, welche vor zehn Jahren von REICHMANN und später von RIEGEL studirt wurde, die in zehn Fällen 7 mal von Hyperchlorhydrie begleitet ist, nämlich Gastrosucorrhoe oder die anhaltende Hypersecretion; sie tritt sogar dann auf, wenn die Nahrung den Magen bereits verlassen hat.

Der Magensaft selbst, wenn der die Nahrung nicht imprägnirt, reizt direct die Schleimhaut, namentlich wenn dieselbe ulcerirt ist und dies erklärt den Umstand, warum Kranke, die an andauernder Hypersecretion leiden, sich bei Nacht so schlecht befinden und über einen brennenden oder nagenden Schmerz klagen, der jedoch auf warme Getränke weicht, weil dieselben den zu sehr mit Säuren überladenen Magensaft auflösen; trotz der andauernden Reizung der Schleimhaut bilden sich keine Ulcera. HAYEM hatte versucht, die Identität beider Affectionen darzuthun, aber Niemand (einen Fall ausgenommen) hat Geschwüre im Gefolge dieser Gastrosuccorrhoen beobachtet.

Die consecutiven Schmerzen fehlen entweder ganz, oder sie sind von denen des Ulcus verschieden (BOUVERET). Zwei polnische Aerzte, KORCZINSKI und JAWORSKI (Archiv f. klinische Med. 1891), haben eine specielle Veränderung der Magendrüsen beschrieben; die Hauptzellen sind, wie sie angeben, degenerirt und geschwunden, während die Auskleidungszellen, i. e. die ausschliesslich secretorischen Zellen erhalten sind, sogar hypertrophisch mit vollständigem Erhaltensein des Kerns und des Protoplasmas. HAYEM hat diese Entdeckung bestätigt; die hypersecretorische Krankheit besitzt somit eine charakteristische anatomische Läsion.

Diese Läsion ist offenbar secundärer Natur, wie BOUVERET ausführt; der Secretionsapparat unterliegt einer erhöhten Reizung; bald darauf tritt eine Hypertrophie ein, während die Hauptzellen einigermassen verdaut werden, während die nach der Oberfläche der Schleimhaut ausgewanderten Leukocythen dem Detritus verfallen und der Ueberschuss an freier Salzsäure den Catarrh der Schleimhaut hervorbringt, wodurch sich auch das Auftreten einer beträchtlichen Menge von Schleim in dem Erbrochenen erklärt. Die Reizung der sensiblen Nerven durch die Salzsäure endigt damit, dass reflectorisch ein Krampf des Pylorus mit einer mehr oder minder anhaltenden Dilatation des Magens hervorgebracht wird, die aber nichts mit der primären Ektasie zu thun hat.

Bei allen diesen Zuständen und bei allen diesen Graden ist es leicht durch die zu jeder Tages- und Nachtstunde angestellte chemische Untersuchung die Hypersecretion zu erkennen, i. e. die Gastrosuccorhoe von REICHMANN, die viel häufiger ist, als man glaubt und die nicht blos das Ulcus cachecticum vortäuschen kann, sondern auch die Atrophie der ganzen Schleimhaut, sogar den Krebs.

Die hygienische Behandlung der erblichen nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris *).

(Fortsetzung.)

Kindern, welche demnach Zeichen der nervösen Prädisposition darbieten, muss so viel als möglich eine ruhige und gleichmässige Existenz gesichert werden. Alles muss sorgfältig geregelt sein, die Mahlzeiten wie die relative Dauer der körperlichen Uebungen, der geistigen Arbeit und des Schlafes. In der Ernährung wird man den Missbrauch von excitirenden Nahrungsmitteln oder Genussmitteln (Thee, Caffee, Alkohol), von allzu delicaten Speisen und von Allem von dem vermeiden, was das Auftreten der Dyspepsie begünstigen könnte, zu der die Neuropathiker so leicht incliniren. Die nervöse Diarrhoë, die von einer Intoleranz des Darmes herrührt, die einfache Stuhlverstopfung oder begleitet von pseudo-membranöser Colitis, müssen gleich bei ihrem Beginne behandelt werden.

Die physischen Uebungen sind unerlässlich, müssen jedoch nicht bis zur Ermüdung getrieben werden. Man darf nicht vergessen, dass man sich einem wenig widerstandsfähigen Nervensystem, und das leicht überbürdet werden kann, gegenüberbefindet; so sind die angeordneten Uebungen, wie das Gehen, das Turnen etc. nur unter der Bedingung heilsam, dass sie richtig graduirt werden, so dass der Körper allmählig und progressiv daran gewöhnt wird. Die beste körperliche Uebung für das Kind ist die, dass es spielt und läuft in der freien und gesunden Luft. Von diesem Gesichtspunkte aus ist der Aufenthalt am Lande von weit grösserem Werthe als das Leben in einer Stadt, wo die körperliche Uebung nothwendigerweise unregelmässiger und weniger frei ist. Zu diesem Grunde der Superiorität des Aufenthaltes auf dem Lande vor demjenigen in der Stadt gesellen sich noch andere gleich wichtige Momente: die Ruhe der Seele, unter welcher sich der kindliche Organismus entwickelt, die grössere Leichtigkeit, mit der es dem Wachen und den ermüdenden Vergnügungen, die das gesellschaftliche Leben der Eltern mit sich bringt, entzogen werden kann.

So nützlich auch die freie Luft nervösen Kindern ist, so muss doch berücksichtigt werden, dass im Allgemeinen eine zu scharfe Luft ihnen nicht zuträglich ist. So kommt es vor, dass die Seeluft sie zuweilen im hohen Grade entnervt, Schlaflosigkeit bedingt, ein jähzorniges Temperament erzeugt, zuweilen selbst Convulsionen hervorruft.

SIMON, der regelmässig in seinen klinischen Vorlesungen auf diese Gefahr zurückkommt, meint sogar, dass in einigen Fällen eine am Meeresstrande zugebrachte Saison Schuld an der Entwicklung der schwersten Hirn- und meningealen Symptomen sein mag.

Verschiedene Methoden, die man bei der Behandlung der ausgesprochenen Neuropathie in Anwendung bringt, können bei Prädisponirten im prophylaktischen Sinne mit Vortheil angewendet werden.

Die Hydrotherapie in ihren verschiedenen Formen ist oft angezeigt wegen ihrer gleichzeitig tonischen und lindernden Wirkung. Die kalten Gussbäder (Douchen) sind von grossem Vortheil gegen viele Beschwerden, wie z. B. die Cephalalgie, die neuralgiformen Schmerzen und die nervöse Erschöpfung, die so häufig bei jungen nervösen Leuten anzutreffen sind. Sie übt desgleichen einen wohlthätigen, heilsamen Einfluss auf die Anämie, die sich zumeist mit dem nervösen Zustand vergesellschaftet. Die allzu erregbaren Individuen aber vertragen nicht immer einen kalten Wasserstrahl; bei dessen Berührung empfinden sie äusserste Beklemmung mit andauerndem allgemeinem Unwohlsein; die Reaction geht schlecht und unvollständig vor sich, die Erregung steigert sich und häufig nimmt auch die Schlaflosigkeit zu. Zuweilen kann man alle diese Unzukömmlichkeiten vermeiden bei Anwendung der Regendouche

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 47, 1893.

oder der schwedischen Douche, es gibt jedoch Fälle, insbesondere jene, bei welchen man eine ausgesprochene Prädisposition zum Rheumatismus nachweist, in denen es vernünftig erscheint, auf die Anwendung des kalten Wassers vollständig Verzicht zu leisten und den lauwarmen Douchen den Vorzug zu geben. Diese letzteren erzeugen vor Allem sehr nützliche hyposthenisirenden Wirkungen, insbesondere in den Fällen von Agrypnie (BOTTEY): sie wirken weniger schwächend als die lauwarmen Bäder. Zu diesen wird man nur dann und wann vorübergehend greifen können.

Während der Sommerszeit wird es oft gut sein, die sedative und tonisirende Wirkung einiger wirksamen Thermalquellen zu verwerthen.

Man darf nicht ausser Acht lassen, dass gewisse Lebensperioden schwieriger zu überstehen sind. Man wird daher die Pubertätsperiode insbesondere beim weiblichen Geschlechte strenge überwachen, indem die localen Störungen in verhängnissvoller Weise auf den Allgemeinzustand rückwirken können.

Die accidentellen Krankheiten können für die Neuropathiker die Gelegenheitsursache abgeben zu einer ganzen Reihe von nervösen Zufällen, indem das geringste Fieber, je nach dem Alter des betreffenden Individuums, von Convulsionen oder Delirium begleitet wird, indem die Infectionskrankheiten bei ihnen leicht die cerebralen Sympathien wachrufen (Ataxoadynamische Phänomene beim Rheumatismus und den schweren Pyrexien, nervöse Localisationen des syphilitischen Processes etc.) Die Behandlung wird also diesbezüglich einige besondere Indicationen in sich fassen. Sie wird auch trachten müssen, der Depression vorzubeugen, die so leicht im Endstadium der acuten Erkrankungen sich einstellt. Die constitutionellen Zustände sind so frühzeitig als nur möglich zu behandeln, indem ihre Wirkungen zu derjenigen der Neuropathie hinzugesellen können.

Intoxikationen müssen ganz besonders gefürchtet werden; der Alkohol ist, nach dem Ausdrucke FÉRÉ's, der Prüfstein für das Gleichgewicht der Hirnfunctionen, und man könnte hinzufügen, dass ein gleiches auch für eine grosse Zahl anderer Gifte gilt.

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 24. November 1893.

Dr. *Narath*: *Ein geheilter Fall von Dünndarm-Vaginalfistel.*

Eine 32jährige Frau, welche dreimal geboren hatte. gebar nach der vierten Schwangerschaft einen macerirten Fötus, welcher in mehreren Stücken entfernt werden musste. Im Anschluss daran erkrankte die Frau; anfangs gieng die Nahrung ziemlich unverändert, nur etwas gallig gefärbt durch die Vagina ab, wobei nach mehreren Untersuchungen nicht zu constatiren war, ob die Fistel in den Uterus oder in die Vagina mündete. Bei der nun per Laparatomiam erfolgten Operation, wurde constatirt, dass der in der Ileocoecalgendend liegende Tumor dem Uterus angehörte. Dieser selbst war vergrössert birnförmig und durch Pseudomembranen an die Umgebung angeheftet, die Portio unverschieblich, in schwieligem Gewebe eingebettet, rechtes Parametrium vollständig geschrumpft, das linke intact. Circa 18 *cm* von der Ileocoecalklappen das Ileum mit dem schwieligen Gewebe verwachsen, 1 Meter weiter eine zweite Dünndarmschlinge mit der Vagina adhärent. Ob nur eine oder beide Schlingen mit der Vagina communicirten, liess sich nicht constatiren. Da eine Ablösung der Schlingen, welche hintereinander lagen, nicht möglich war, wurden dieselben resecirt, u. zw. war die untere eine Ileum- die obere eine Jejunumschlinge, wobei circa $^1/_2$ Meter Darm ausgeschaltet wurde, und wurde dann durch doppelte Darmnaht die Continuität des Darmes hergestellt. Die 4 Lumina wurden in die Bauchdecke eingenäht. Spritzte man in die Vagina Flüssigkeit ein, so rann dieselbe durch alle 4 Oeffnungen ab. Nach 10 Tagen hatte sich die Fistel zwischen Vagina und Ileum vollständig geschlossen. Jetzt besteht nur ein einfacher Schacht, der in die Tiefe führt und durch den man den Uterus palpiren kann. Die Aetiologie des Falles ist nicht ganz klar: Entweder war bei der ersten Operation eine Perforation des hinteren Scheidengewölbes erfolgt, durch welche eine Darmschlinge eingezwickt wurde, deren Kuppe dann gangränös wurde, oder es trat eine rechtsseitige Parametritis mit Abscessbildung auf, worauf der Abscess zwischen Vagina und Dünndarm platzte.

* * *

Prof. *Lorenz*: *Demonstration geheilter Fälle.* (Autorreferat.)

Vortragender stellt neuerdings das 8jährige Mädchen vor, welches am 29. September 1892 der blutigen Reposition einer angeborenen, linksseitigen Hüftgelenksverrenkung unterzogen wurde. Bei der seinerzeitigen Vorstellung am 12. März dieses Jahres war das gewonnene Resultat bereits ein Vorzügliches, doch musste man zugeben, dass das Kind auf unebenem Boden namentlich, wenn es sich unbeobachtet wusste, doch noch immer, wenn auch ganz leicht hinkte. In dem gegenwärtigen Augenblicke, 14 Monate nach vollzogener Operation muss jedoch die Heilung als eine im strengsten Sinne des Wortes v o l l s t ä n d i g e gelten, da es sich um eine absolute, anatomisch und functionelle Restitutio ad integrum handelt; der Gang des Kindes ist auf jedem Terrain ein absolut gleichmässiger geworden, ohne auch nur die leiseste Spur eines Hinkens, das Kind läuft, springt und trollt wie ein vollkommen gesundes. Das Gelenk ist aus der vollen Strecklage bis zum rechten Winkel flectirbar, Ab- und Adduction, sowie Rollung sind frei, die Muskelkraft des operirten Beines ist derjenigen des gesunden vollkommen gleich geworden. LORENZ ist der Ueberzeugung, dass das Resultat einer Reposition vor Ablauf eines Jahres überhaupt nicht fertig sein könne. Er behandelt im gegenwärtigen Augenblicke 40 Fälle, bei denen seit der Operation ein Zeitraum von wenigen Wochen bis zu 6—7 Monaten verflossen ist. Keiner derselben kann als völlig abgelaufen angesehen werden, doch berechtigen die meisten derselben zu den schönsten Hoffnungen umsomehr, als der Vortragende seine Operationsmethode in letzter Zeit insoweit vervollkommnet hat, dass die Reposition unter Schonung sämmtlicher peri-articulärer Gebilde mit Ausnahme des functionell bedeutungslosen Tensor fasciae latae vorgenommen werden kann.

Des Weiteren führt LORENZ einen 10- und 13jährigen Knaben mit geheilten Klumpfüssen vor; die in beiden Fällen seit der Geburt der Patienten bis zu dem verflossenen Sommer ohne Unterbrechung fortgesetzte Behandlung erzielte eine nur unwesentliche Besserung der Deformität. Von mehrfacher Seite war die Keilresection des Fusswurzel als letztes Auskunftsmittel vorgeschlagen worden. LORENZ hat die Klumpfüsse auf dem Wege des modellirenden Redressement mittelst seines Redresseur-Osteoklast in e i n e r Sitzung corrigirt und in wenigen Wochen eine derart vollkommene Heilung erzielt, dass die Patienten den Fuss in leichter Valguslage gebrauchen und auch active Pronationen ausführen können. Das Tragen irgend eines Apparates ist völlig überflüssig und die Patienten bedienen sich ganz gewöhnlicher Schuhe.

* * *

Doc. *v. Hacker*: *Erfolgreiche Naht des Nervus medianus.*

Ein Knabe hatte sich i. J. 1889 mit einem Glassplitter den Arm verletzt; nach Heilung der Wunde konnte die Hand weder etwas fassen, noch halten. Die Volarseite des Vorderarmes stark abgemagert, besonders der Thenar, Antithenar und Interossei, K l a u e n h a n d, Pronation unmöglich, ebenso das Auseinanderspreitzen der Finger. Erregbarkeit des Ulnaris und Medianus herabgesetzt. Die Continuität des Ersteren hergestellt. Letzterer durchtrennt, die Enden desselben 10 *cm* entfernt. Nach Dehnung und Anfrischung der Nervenenden, sowie bei starker Ellbogenbeugung gelang die Vereinigung. Bemerkenswerth ist, dass in dem vom Medianus versorgten Gebiete eine entschiedenere und raschere Besserung wahrnehmbar ist als in dem Gebiete, welches von dem schon längere Zeit verheilten Ulnarisnerven versorgt wird. Es sind noch immer einzelne Ausfallserscheinungen zu constatiren.

* * *

Fortsetzung der **Discussion** über die Vorträge Hofrath BILLROTH's und Hofrath NOTHNAGEL's.

* * *

HACKER demonstrirt ein Aneurysma popliteum bei einem 32jährigen Manne, welcher dasselbe auf heftige Streck- und Beugebewegungen zurückführt.

Primarius Dr. SCHOPF berichtet über ein faustgrosses Aneurysma der rechten Subclavia bei einem 46jährigen Manne, dessen Inhalt spontan geronnen war und das Schmerzen im Arme, Gelenksteifigkeit, Atrophie der Muskulatur, sowie Geschwüre mit torpidem Charakter im Gefolge hatte. Unterbindung der Arterie und Exstirpation des Sackes. Die einfache Spaltung und Ausräumung des Sackes ist einestheils wegen gefährlicher Nachblutungen, sowie wegen Behinderung der prima intentio nicht anzurathen. Der Collateralkreislauf hatte sich hier prompt entwickelt, der Arm erlangte seine prompte Arbeitsfähigkeit, die tropho-neurotischen Geschwüre heilten.

Hofrath DITTEL demonstrirt eine über kopfgrosse Geschwulst mit mehreren kleinen Säcken, welche sich bei einem blödsinnigen sehr kräftigen Burschen in der Kniekehle vorfand, deutlich fluctuirte aber nicht pulsirte, nach einer vor 17 Jahren erfolgten und mit starker Blutung einhergehenden Verletzung aufgetreten sein soll und als Lipom von den Irrenärzten angesprochen wurde. Bei dem Versuche, dieselbe zu exstirpiren, stiess DITTEL auf eine Unmasse coagulirten Blutes, das in einem schwielig gewordenen Sacke eines Aneurysma spurium steckte. Da solche grosse Säcke nicht leicht zur Verödung zu bringen sind, vollführte DITTEL die Amputation am Oberschenkel. Heilung. In Bezug auf die Entstehung dieser Aneurysmen scheine ihm die Hypothese französischer Autoren, dass dieselben durch forcirte Beugung entstehen, wahrscheinlicher.

Vortragender berichtet ferner über eine Geschwulst, die SCHUH als Abscess ansprach und incidiren wollte, die DUMMREICHER, da sie pulsirte und nach Unterbindung der Arteria iliaca communis verschwand, als ein Aneurysma der Arteria glutaea ansah. Bei der Section fand sich ein Carcinom, die Geschwulst war eine Metastase.

Hofr. ALBERT macht darauf aufmerksam, dass die Differenzialdiagnose zwschen Aneurysma und pulsirenden Tumoren, die als Metastasen nach bösartigen Neugebilden auftreten, sehr schwierig und daher auch diese Eventualität zu beachten sei. Ganz besonders interessant sind jene Fälle von pulsirenden Tumoren, welche in Muskeln vorkommen. Vortragender berichtet über einige Fälle, welche diese Schwierigkeit demonstriren.

Hofr. DITTEL macht auf die Schwierigkeit, eine Ligatur bei atheromatösen Processen oder anderen Erkrankungen der Gefässwand anzulegen, aufmerksam. *Dr. Em. Mandl.*

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 29. November 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

***Dr. H. Schlesinger**: Ueber die Hämatomyelie bei Thieren und Menschen.*

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit vergleichender patholog.-anatomischer und klinischer Studien, und der Nothwendigkeit dieselben auch auf das bisher völlig vernachlässigte Gebiet der Nervenkrankheiten der Thiere auszudehnen, bespricht Vortragender die Rückenmarksblutungen bei Hunden. Das klinische Bild derselben ist ähnlich dem beim Menschen, wenn der Bluterguss zuerst in die Meningen und dann erst secundär in die Rückenmarkssubstanz erfolgt ist: Schwäche, Lähmung der Extremitäten und der Rumpfmuskulatur, Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen, sensible Lähmungs- und Reizungserscheinungen, wie Hauthyperästhesie, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, spontane Schmerzen und endlich Steifigkeit der Wirbelsäule, Blasen- und Mastdarmstörungen. In einem derartigen Falle, welchen Redner hat untersuchen können, fand er eine intermeningeale Blutung mit Durchbruch in die Rückenmarkssubstanz und Fortpflanzung derselben in die hinteren Abschnitte der grauen Substanz caudal- und cerebralwärts. (Demonstration der mikroskopischen Präparate.)

Vortragender meint, dass in diesem Falle wohl nicht von einer Weiterverbreitung der Blutung nach den Gesetzen der Schwere gesprochen werden könne, sondern dass der vom Blute eingeschlagene Weg (Hinterhörner, hintere Comissur, vorderster Abschnitt der Hinterstränge) die Stellen im Rückenmarke bezeichnet, welche am lockersten gefügt sind.

* * *

***H. Dexler**,* 1. Assistent des med. Klinik der k. u. k. Militär-Thierarznei-Institutes spricht «Ueber Pachymeningitis ossificans chronica und über Compressionsmyelitis beim Hunde» und demonstrirt mittelst des Episkops einige Querschnitte des Rückenmarkes.

* * *

***Dr. Bickeles**: Aufsteigende Degeneration des Facialis nach Lähmung in Folge von Caries.*

Vortragender demonstrirt einige Präparate, welche einem Phthisiker entstammen, der durch 10 Wochen eine complete Facialisparese hatte. Interessant ist, dass sich hier die sehr seltene aufsteigende Degeneration eines peripheren Nerven demonstriren lasse; in der Regel degeneriren motorische Fasern in der Richtung nach abwärts. *Dr. Em. Mandl.*

Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 27. November 1893.

Dr. S. H. Scheiber hält einen Vortrag «*Ueber elektrische Bäder*», wobei er ein elektrisches Bad en miniature vorzeigt, und mehrere zu den verschiedenen Badeformen nöthige Apparate demonstrirte. In der Einleitung bespricht SCHEIBER die verschiedenen Ursachen, weshalb die elektrischen Bäder hier zu Lande von den Aerzten so wenig ordinirt werden, wogegen sie im Auslande sich einer grossen Verbreitung erfreuen, indem dieselben gegen viele Nerven- und rheumatische Leiden von zumeist guter Wirkung sind, was SCHEIBER auch mittelst einer **Statistik** über die Resultate von ihm und in deutschländischen Anstalten verabfolgter Bäder beweist.

Nach einer Skizzirung der Theorie und allgemeinen Einrichtung der elektrischen Bäder bespricht SCHEIBER dann die verschiedenen Formen derselben (faradische und galvanische, mono- und bipolare Bäder, das Entenburg'sche und Trautwein'sche monopolare System, das Anoden- und Kathodenbad) sowie die Vor- und Nachtheile dieser Bäderformen und auch die Momente, welche auf die Entstehungsweise neuerer Formen von bipolaren Bädern in letzterer Zeit von Einfluss waren: das STEIN'sche tripolare Bad, das SCHEIBER-sche Bodenelectrodenbad und das GÄRTNER'sche Zweizellenbad. Nachdem nun SCHEIBER die Construction dieser Bäderformen eingehend bespricht, übergeht er auf die Auseinandersetzung der **physiologischen Wirkung** dieser Bäder und specialisirt dann die aus diesen physiologischen Wirkungen hervorgehenden **Indicationen** der elektrischen Bäder, namentlich diejenige Art von Bädern, welche bei den verschiedenen Formen der Neurasthenie und Spinalirritation, bei den verschiedenen Krampf- und Zitterformen (Chorea, hysterische Krämpfe, toxisches und genuines Zittern, Paralysis agitans), bei den verschiedenen An- und Hyperästhesien, bei Neuralgien, Agrypnie, Morbus Basedowi, bei rheumatischen und arthritischen Schmerzen und Verdickungen, und endlich welche bei Syphilis, Anämie und Chlorose in Anwendung kommen. (Die letztgenannten drei Krankheiten namentlich im Zweizellenbad als Sublimat- und Eisenbäder). Endlich spricht SCHEIBER **über den Vergleich der Wirkung** der elektrischen Bäder mit den anderen hautreizenden Bädern (Kohlensäure enthaltende, Soolen- und Kaltwasserbäder), wobei er zu dem Schlusse kommt, dass ausser den niedrigeren Graden der Letztgenannten, alle Anderen bei weitem nicht jene energische reflectorische Wirkung auf das Haut- und Nervensystem haben als die elektrischen Bäder, bei denen aber auch noch ausser dieser, **die specifische Wirkung des elektrischen Stromes** selbst in Betracht kommt, indem der Strom auch in die Tiefe des Körpers eindringt und die daselbst gelegenen Nerven und anderen Organe mittelst der ihm eigenthümlichen **katalytischen und kataphorischen Wirkung** beeinflusst, die wir bei keiner anderen Badeform sonst antreffen. *M.*

65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.*)

14. September 1893.

Prof. v. Esmarch (Kiel): *Ueber Blutsparung bei Operationen und Verletzungen.*

Vortragender gibt einen Rückblick auf die in den 20 Jahren seit Erfindung seines Verfahrens gemachten Erfahrungen und eine Darstellung, wie jetzt die Methode der Blutleere von ihm geübt wird. Sie zerfällt in zwei Theile: 1. das Blut aus den Gefässen herauszutreiben, 2. den arteriellen Zufluss zu verhindern. Für den ersten Zweck dient die elastische Umwickelung, und, wo diese gefährlich erscheint, die senkrechte Erhebung des Gliedes. Zur Umwickelung verwendet v. Esmarch dünne Binden von reinem braunen Kautschuk. Zur Verhinderung des arteriellen Zuflusses bedient sich Vortragender des ursprünglichen dicken Gummischlauches nur in den seltensten Fällen, im allgemeinen benutzt er einen 5 *cm* breiten, 140 *cm* langen Gurt aus gewebtem Kautschukstoff, welcher in sich deckenden Windungen um das Glied geführt und mit einer einfachen Klemmschnalle geschlossen wird.

* * *

Dr. Reichel (Würzburg): *Ueber Entstehung der Missbildungen der Harnröhre und der Harnblase.*

In den Untersuchungen über die Entstehung der Missbildungen der Harnröhre und Blase stehen sich zwei Theorien gegenüber, die eine, welche rein mechanisch ein Platzen der Harnwege in Folge Harnstauung annimmt, die andere, welche die Missbildungen als reine Hemmungsformen, als ein Stehenbleiben auf irgend einer Stufe der Entwicklung, auffasst. Reichel wies nun durch eingehende Untersuchungen, deren Details sich auszugsweise nicht wiedergeben lassen, nach, dass die letztere Annahme fast durchgehends als die richtige betrachtet werden muss.

* * *

Dr. Ledderhose (Strassburg): *Ueber Cystenbildung bei lymphatischem Oedem.*

Vortragender hat bei 4 Fällen von Fractur mit starker Quetschung der Weichtheile, in welchen noch nach 4—8 Monaten ein starkes Oedem vorhanden war, innerhalb dieses 6 Mal eine Cystenbildung gefunden, die bisher noch nicht näher beschrieben ist. Diese Cysten machen nur geringe Symptome und treten meist unter dem Bilde eines Ganglions auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um colloide Degeneration des Bindegewebes handelt. Man muss diese Cysten als Lymphcysten ansehen und glaubt Ledderhose, dass sie in einer gewissen anatomischen Beziehung zur Elephantiasis einerseits und zum Lymphangiom andererseits stehen.

* * *

Prof. Hoffa (Würzburg): *Beiträge zur Lehre und Behandlung des Plattfusses.*

Hoffa wendet sich gegen die Lehre von Lorenz über die Entstehung des Plattfusses, deren principieller Fehler darin besteht, dass sie zwei Fussbögen annimmt, während nur von einem einzigen gesprochen werden kann. Vortragender erklärt aus einer grösseren Anzahl von Beobachtungen die Entstehung des Plattfusses durch Stehen in X-beinstellung, wie sie bei schwerer Arbeit gern eingenommen wird. Hierbei fällt die Schwerlinie nach innen von der sogenannten Grosszehenlinie, und es hebt sich der äussere Fussrand, der Fuss begiebt sich also in Valguslage. Bei der Behandlung verwirft Hoffa die alten Einlagen und verlangt eine feste, die ganze Fusssohle stützende Stahlblecheinlage, deren Modell nach einem normalen Fuss geformt ist. Beginnende Plattfüsse müssen ausserdem nach Landerer mit Massage und Gymnastik behandelt werden. Für schwere Plattfüsse empfiehlt Hoffa Redressement nach Tenotomie der Achillessehne.

*) Nach den Berichten der Münchener med. Wochenschr.

Dr. Beely (Berlin): *Zur mechanischen Behandlung des Plattfusses.*

Auf Grund eingehender statischer Untersuchungen empfiehlt Vortragender, den Plattfuss durch Verschiebung des Stiefelabsatzes nach innen und Abschrägung desselben zu behandeln. Der Absatz muss hierbei, um eine ausreichende Stütze zu geben, möglichst weit nach vorn geführt werden. Das Verfahren ist einfach, seine Erfolge prompt.

* * *

Dr. Dörffler (Weissenburg): *Zur Frühoperation des Ileus.*

Vortragender berichtet über 4 Fälle aus der Landpraxis, in welchen er bei innerer Einklemmung des Darmes frühzeitig, sowie Abführmittel und hohe Eingiessungen ohne Erfolg geblieben waren, zur Laparotomie geschritten ist, bei acuten Fällen schon nach 12—14 Stunden, bei subacuten etwa am 3. Tage. Von den 4 Fällen, die unter den schwierigsten äusseren Verhältnissen operirt wurden, ist nur einer, der zu spät zur Operation kam, gestorben.

61. Jahresversammlung der „British Medical Association“.

Abgehalten in Newcastle on Tyne vom 1. bis 4. August 1893.

Section für Geburtshilfe.

(Fortsetzung.)

Die Technik der geburtshilflichen Antisepsis.

Dr. Robert Boxall sprach die Ansicht aus, dass man keinen passenderen Gegenstand für die Discussion wählen konnte. Nicht nur, dass die Mortalität in Folge dieser Krankheit eine sehr beträchtliche sei, sondern die Nachwirkung der Krankheit, selbst wenn die Patientin mit dem Leben davon kommt, sei ein ernstes Moment. Diejenigen, welche von dieser Krankheit ergriffen werden, sind nicht alte und hinfällige Frauen, sondern Frauen in der Blüthe ihres Lebens, oft die gesündesten Frauen. Aus diesen Gründen ist diese Krankheit auch von einem ökononomischen Standpunkte eine ernste Calamität, besonders ernst vom Standpunkte der Patientin und ihrer Familie und auch ernst vom Standpunkte des Arztes, da ihn solche Fälle leider nicht selten zu einer Sistirung seiner Praxis führen. Aber so ernst diese Krankheit zweifellos auch ist, so haben doch die Erfahrungen in den Gebärkliniken, in den Maternités und in der Privatpraxis in gleicher Art gelehrt, dass die puerperale Septicämie eine Krankheit sei, die in hohem Grade vermeidbar ist. Die sehr beträchtliche diesbezügliche Mortalität, die noch immer besteht, sollte nicht ganz und gar dem ärztlichen Stande zur Last gelegt werden, da man in solchen Fällen in Betracht ziehen muss, dass die Hälfte oder mehr als die Hälfte der geburtshilflichen Praxis in den Händen einer Classe von Hebammen sich befinde, die nur die allerrohesten Begriffe der gewöhnlichen Reinlichkeit besitzen, von der antiseptischen Geburtshilfe gar nicht zu sprechen. Sogar, wenn der Arzt die entsprechende Hilfe leistet, so kann doch sehr viel Schaden durch eine unwissende und unzuverlässige Wärterin angerichtet werden und dies ist auch thatsächlich häufig der Fall. Dass sichere Vorgehen eines Arztes in einem geburtshilflichen Falle beruht lediglich auf einer entsprechenden Erziehung und auf gehörigen Erfahrungen in Sachen der Antiseptik. In dieser Beziehung schliesst sich Redner dem Wunsche Dr. Robert Barnes an, man möge Gebärabtheilungen, wenn nicht in, so doch auf jeden Fall in Verbindung mit allgemeinen Spitälern errichten.

Die Erfahrungen der letzten Zeit haben gezeigt, dass dies ganz gut möglich sei: Die aseptische Geburtshilfe verlangt, dass man zahlreichen praktischen Einzelheiten seine volle Aufmerksamkeit schenkt. Dinge, die man am Krankenbette in einer wirksamen Art lehren kann, wenn sich die Patientin im Spitale befände. Redner beabsichtige nicht, diese Details bei dieser Gelegenheit zu discutiren. Aber das Verhalten, das man angesichts eines geburtshilflichen Falles beobachten soll, könnte vielleicht am besten klar werden, wenn man an die Analogie denkt, betreffend die Vorsichtsmassregeln, die man trifft, wenn es sich darum handelt, sich beim Bauchschnitte eine Antisepsis zu sichern. Das wesentliche Moment in beiden Fällen betrifft den Umstand, das Einführen septischer

Massen von aussen hintanzuhalten. Wenn es nun auch von wesentlichster Bedeutung ist, dass man den Händen und all'dem, was mit dem Organismus in Contract kommt, die grösste Aufmerksamkeit, was Antisepsis betrifft, schenkt. so möchte Redner nichtsdestoweniger auch nicht den Versuch, das Operationsfeld aseptisch zu machen, ausser Acht lassen — mit anderen Worten, er möchte die Nothwendigkeit der Irrigationen der Vagina vor der Geburt auf eine gleiche Stuffe stellen mit der Desinfection der Haut, die der Ovariotomie vorangeht.

Zu diesen Behufe möchte Redner eine starke antiseptische Lösung (Sublimat 1:2000) angewandt wissen, die bei dieser Concentration auf jeden Fall frei von Gefahr ist. Auch möchte er unmittelbar nach der Geburt, als Analogie mit dem sorgfältigen Abspülen und Desinfection der Wunde vor dem Anlegen eines Verbandes bei der Ovariotomie, die Vagina irrigiren. Dies verlangt nicht minder Sorgfalt und sollte niemals einer Wärterin anvertraut werden.

Später jedoch möchte Redner von den Irrigationen oder von irgend einem anderen antiseptischen Verfahren keinen Gebrauch machen, bis auf Ausnahmen, die den Fällen vergleichbar sind, die bisweilen bei der Ovariotomie das Entfernen der Verbände nothwendig machen. Unter diesen Umständen soll die Vagina irrigirt werden, wenn die Theile um die Vulva herum zuerst desinficirt worden sind. Wenn dies geschehen ist und wenn es der Fall nothwendig erscheinen lassen wollte, soll man zur intrauterinen Irrigation seine Zuflucht nehmen. Man geht vielleicht in der Analogie nicht zu weit, wenn man diese Ausnahmsmassregel mit dem Falle vergleicht, in welchen man, unter exceptionellen Umständen, das Abdomen eröffnet und mit antiseptischen Lösungen ausspült und wo es besonders angezeigt sein würde, möchte Redner durchaus nicht zögern, eine starke antiseptische Lösung anwenden, mit der Absicht, dem Unheil schnell ein Ende zu bereiten. Was die Wahl der antiseptischen Agentien betrifft, so möchte er die Thatsache betonen, dass das Sublimat, trotz seiner vielen Schattenseiten, bis jetzt noch die besten Resultate gegeben habe. Für den externen Gebrauch, wie z. B. zur Desinfection der Hände, ist es unübertroffen und zu Zwecken der Irrigation, vorausgesetzt, dass die nöthige Sorgfalt geübt wird, kann es ohne Schaden gebraucht werden. Allgemein gesprochen, wofern das Sublimat nicht speciell contraindicirt ist, möchte Redner demselben vor allen anderen Antisepticis den Vorzug geben.

* * *

Dr. Elizabeth Garrett Anderson: *Die geringe Mortalität in den Gebärkliniken.*

Rednerin führte aus, dass man auf nichts mehr bedacht sein solle, als auf das vollständige Verschwinden der puerperalen Septicämie. Die Statistik hat dargethan, dass die Gebärkliniken jetzt eine viel geringere Mortalität darbieten, als es früher der Fall gewesen war, sogar eine geringere als in der Privatpraxis und das sei eine grosse Ermuthigung für die Zukunft. Wenn die Septicämie aus den Spitälern verbannt werden könnte, so würde es nicht unmöglich sein, dieselbe auch in der Privatpraxis gänzlich abzuschaffen. Sie kennt eine Maternité in Clapham unter der Leitung von Fräulein Mc. CALL, auf welchen es unter fast 3000 Fällen nur einen Todesfall von Seiten der Mutter gab. Dieses Resultat wurde in Folge der immensen Sorgfalt betreffend die Asepsis von Seite des ordinirenden Arztes und der Wärterinnen erzielt. Die Methode, die befolgt wurde, ist die in Wien gebräuchliche. Nach der Geburt wird keine Irrigation vorgenommen.

Dr. J. W. BYERS aus Belfast meinte, dass der wesentlichste Punkt in dem Vortrage von Dr. BARNES den Umstand betreffe, dass, während es gelungen ist, das Puerperalfieber aus den Gebärkliniken zu verbannen, die Mortalität in Folge dieser Affection in der Privatpraxis noch immer eine hohe sei. Wir sollten uns daher die Gebärkliniken zum Muster nehmen und uns bemühen, die Principien zu befolgen, die dort vorherrschen, natürlich mit den Modificationen, welche die Privatpraxis erheischt.

Redner bespricht ferner den Werth der localen Behandlung beim Puerperalfieber, den Werth der Drainage und die Vortheile des corrosiven Sublimats als Antisepticum, jedoch nur dann, wenn es von einem Arzte oder von einer erfahrenen Wärterin gehandhabt wird. Dr. BYERS ist der Ansicht, dass, wenn ein praktischer Arzt in die Lage kommt, einen Fall von Puerperalfieber zu behandeln, er, wenn er alle Vorsichtsmassregeln der Desinfection befolgt, seine Kleider gewechselt und das nöthige antiseptische Vorhaben eingeleitet hat, in Kürze an die Behandlung eines solchen Falles schreiten könne. ESMARCH sagt: «Die Zeit zerstört nicht den septischen Schmutz.»

* * *

Dr. Thomas Oliver, Arzt am «Royal Infirmary in Newcastle-on-Tyne: *Unvermeidbare Mortalität in Folge des Kindbettfiebers.*

Wir müssen Alle zugeben, dass ein sehr grosser Theil der Fälle von puerperaler Septicämie vermeidbar sei, aber es wird immer eine grosse Zahl von Fällen geben, über die wir keine Controlle besitzen, solche Fälle, wie es z. B. der folgende Fall ist: Ich fand bei der betreffenden Dame eine beträchtliche Laceration an der hinteren Wand der Vagina, hoch oben, nahe dem Uterus und einige Stunden nach der Geburt war ein Schüttelfrost, mit darauffolgender Erhöhung der Temperatur, eingetreten. Als ich die Frau dann in der Consultation sah, war sie comatös. Es fand sich bei ihr eine Lähmung des rechten Armes, eine Paralyse des linken Beines und unregelmässige Pupillen, die — obgleich keine Herzgeräusche zu hören waren — auf eine Thrombose der Hirngefässe hinwiesen, wahrscheinlich von septischer Meningitis begleitet war.

Hier haben wir es somit mit einem Falle zu thun, der ausserhalb unserer Controlle steht uud den wir nicht hintanhalten können. Ueberdies ereigenen sich Unfälle während der Gravidität, solche, wie es z. B. der Fall ist, der eine Patientin betrifft, die ich vor ungefähr einem Jahre gesehen hatte. Diese Frau hatte im achten Monate ihrer Gravidität eine schwere Hämorrhagie aus dem Uterus durchgemacht. Dieselbe hielt zwei oder drei Tage an. Eine Woche oder zwei Wochen später wurde sie von einem heftigen Schüttelfrost befallen und während einiger Tage bestand eine Temperaturerhöhung. Diese liess jedoch nach und die Patientin ging der Beendigung der Gravidität entgegen, aber zwei oder drei Tage vor der Geburt trat wieder eine Temperatursteigerung ein und überdies eine vorübergehende Lähmung der Arme und der Beine, die offenbar auf Rechnung von multipler Neuritis kam und von einer Aufnahme toxischer Stoffe ins Blut abhängig war. Der Arzt war bei der Geburt nicht anwesend. Das Kind wurde geboren und die Placenta wurde ausgetrieben, bevor der Arzt kam. Als ich die Patientin sah, es war das am dritten Tage nach der Geburt, starb sie in Folge puerperaler Peritonitis. In einem anderen Falle, den ich vor einigen Monaten sah, handelte es sich um eine Patientin, bei der sich in der ersten Hälfte des neunten Monats eine linksseitige Phlegmasie alba dolens mit Erguss in das Kniegelenk entwickelte. Ich betrachte die meisten Fälle der Phlegmasie als septisch und ich muss gestehen, dass ich um das Wohlergehen dieser Patientin ziemlich besorgt war.

Dennoch beendigte sie ihre Gravidität, hatte einen normalen Geburtsverlauf und genas vollkommen. Ich erwähne diese Fälle, um zu zeigen, dass es immer eine Zahl von Fällen von puerperaler Septicämie geben wird, die auf Rechnung von Ursachen kommen, für die wir den behandelnden Arzt nicht verantwortlich machen können. Dieselben Bemerkungen beziehen sich auch auf Fälle, in denen eine chronische Beckenperitonitis, eine Salpingitis oder ein Abscess des Ovariums vorhanden war. Während der Geburt und nach ihrer Vollendung, wenn der Uterus von den Händen des Accoucheurs fest umgriffen wird, muss eine Lösung solcher Adhäsionen und eine Resorption von Eiter stattfinden. In solchen und ähnlichen Fällen, in denen man ganz ausgesprochene Zeichen von Beckenperitonitis findet, die mit Eiter in den Tuben und in dem Ovarium combinirt sind und wo die Peritonitis weitergegriffen hat, ist der Bauchschnitt, verbunden mit antiseptischen Irrigationen angezeigt. Erst vor einigen Tagen sah ich in Hull eine Dame, die am dritten Tage nach ihrer Entbindung in Folge von puerperaler Peritonitis mit Eiter im Abdomen starb. Ich bin überzeugt, dass, wenn man in diesem Falle den Bauchschnitt rechtzeitig ausgeführt

hätte, die Patientin genesen hätte können, wie dies in einem Falle geschah, den ich nicht lange vorher gesehen hatte, wo ein Abscess des Ovarium und der Tuba bei einer Puerpera mit ausgezeichnetem Resultate entfernt wurden.

Pariser ophthalmologische Gesellschaft.

Die Brown-Séquard'schen Injectionen in der oculistischen Therapie.

In der letzten Sitzung der Pariser ophthalmologischen Gesellschaft fand eine Debatte über die Erfahrungen mit BROWN-SÉQUARD-schen Injectionen statt. Professor WECKER zunächst ist ein entschiedener Gegner des Verfahrens. Er will keinen günstigen Erfolg gesehen haben, und eine einzige Kranke, bei der Besserung einer Sehnerven-Atrophie eintrat, hätte wahrscheinlich auch spontan einen Rückgang der Krankheitserscheinungen zu verzeichnen gehabt. Trotz der entschieden negativen Resultate, die er bei den verschiedensten Formen von Sehnervserkrankungen nach Anwendung des Mittels gesehen, will er dennoch die Versuche fortgesetzt wissen, weil es zweifellos ist, dass gewisse, namentlich neurasthenische Kranke, günstig beeinflusst werden, und der moralische Effect oft ein ungeheurer ist.

Nachdem noch mehrere Oculisten sich in gleichem Sinne ausgesprochen haben, erklärt KÖNIG den Ausführungen WECKER's entgegentreten zu müssen.

Er sei mit seinen Versuchen glücklicher gewesen; so berichtet er von einem jungen Manne, der an schwerer Iritis mit häufigen Recidiven und an schwerer Anämie litt; die Untersuchung des Harns ergab ausserdem die Anwesenheit von Albumen in grosser Menge und eine Verminderung des Harnstoffes. Die BROWN-SÉQUARD-schen Injectionen führten bei ihm nicht blos eine Heilung seiner Augen-Affection herbei, sondern es wurde auch das Schwinden des Albumens constatirt. GALEZOWSKI glaubt, dass das Verfahren insoferne schädlich wirke, als man während dessen Anwendung dem Patienten die gewohnten und erfahrungsgemäss wirksamen Heilmittel entzöge.

GALEZOWSKI macht sich Vorwürfe darüber, dass er drei luetische Kranke monatelang nach BROWN-SÉQUARD behandelt habe, wodurch andere Methoden, die gewiss Erfolg erzielt hätten, erst später in Anwendung kommen konnten. Er warnt vor dem Mittel. DARIER führt zum Schlusse aus, dass man sich der Injectionen ähnlich wie des Strychnin's bedienen solle, in Fällen, wo man ein Stimulans für nöthig findet, besonders bei Atrophie des Sehnerven; da wir keinen Ueberfluss an solchen Remedien besitzen, soll man die Methode nicht voreilig verwerfen. *A. P.*

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Der Tuberkelbacillus und die Tuberkulin-Literatur des Jahres 1891.

Separat-Ausgabe des Capitels «Tuberkelbacillus» aus dem Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen.

Herausgegeben von **Prof. Dr. med. P. Baumgarten** in Tübingen.

Verlagsbuchhandlung für Naturwissenschaft und Medicin von Harald Bruhn. Braunschweig 1893.

Das vorliegende Werk, wie schon der Titel besagt, ist ein Theil des Jahresberichtes von 1891. Es war vom Autor und der Verlagshandlung ein glücklicher Gedanke, diesen Theil separat erscheinen zu lassen, da es in der Natur der Sache liegt, dass die Literatur des Tuberkelbacillus für die praktische Medicin ein ganz besonderes Interesse hat, während der ausführliche Jahresbericht in seiner Gesammtheit doch mehr nur für die mit Bacteriologie sich Beschäftigenden bestimmt ist. Der gegenwärtige Band enthält über die Tuberkulin-Literatur alles, was auf wissenschaftlicher Basis zur Klärung unserer Kenntnisse über dieses, die ärztliche Welt so lange im Athem haltende Heilverfahren beigetragen hat, womit seine Brauchbarkeit für alle praktischen Aerzte documentirt ist. Dass die Referate in jeder Beziehung die betreffenden Publicationen, auf welche sie sich beziehen, erschöpfen, dafür bürgt der Name des Autors.

Die gegenwärtige Separatausgabe wird zweifellos in alle ärztlichen Kreise dringen, und den BAUMGARTEN'schen Jahresbericht noch mehr popularisiren. *M. H.*

Leitfaden zum Gebrauch des Augenspiegels für Studierende und Aerzte.

Von **Professor Adolf Vossius** in Giessen.

3. vermehrte und verbesserte Auflage mit 63 Holzschnitten.

Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Klare, überaus verständliche Schreibweise, zahlreiche wohlgelungene Abbildungen, Vermeidung alles überflüssigen mathematischen Beiwerks sind die Eigenschaften, die das vorliegende Werkchen auszeichnen und es namentlich dem Anfänger empfehlenswerth machen, dem es ein guter Führer beim Erlernen des Augenspiegelns sein wird. *A. Pollak*

Die Functionsstörungen der Circulationsorgane und deren Behandlung.

Von **Dr. Krakauer.**

Eine übersichtliche Darstellung der vier Krankheitsbilder: palpitatio cordis, Syncope, Neurasthenie cordis und Angina pectoris; dieselbe lehnt sich an englische Autoren an und ist vorwiegend für den Praktiker berechnet, daher auch die Therapie eingehend berücksichtigt. Was die Diagnostik anlangt, kann sich Ref. mit dem leitenden Satze, dass die Entwicklung secundärer Symptome immer für eine organische Läsion des Herzens spricht, nicht einverstanden erklären, ebensowenig damit, dass Temperatursteigerung ein gewöhnliches Symptom der palpitatio cordis ist. *Kolisch.*

Zeitungsschau.

Dr. Alexander Peyer (Zürich): **Ueber die wichtigsten pathologischen Veränderungen des Harnstrahls und das Nachträufeln des Harns.** (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nr. 14, 1893. — Allgemeine medizinische Central-Zeitung Nr. 80, 1893.)

Die Hauptfragen, die hier in Betracht kommen, sind folgende:

1. Wie ist die Projectionskraft des Harnstrahls: ist derselbe bogenförmig oder perpendiculär abfallend?
2. Wie ist das Caliber des Strahls: ist derselbe voll und dick oder fadenförmig dünn?
3. Wie ist die Form: ist der Strahl rund, platt, gedreht oder gespalten?
4. Wie verhält es sich mit der Continuität des Strahls: entleert sich der Urin überhaupt in einem continuirlichen Strom oder ist derselbe zuweilen plötzlich unterbrochen?
5. Wie geht der Urin im Beginne ab, gleich als Strahl oder nur tropfenweise? Muss der Betreffende sich anstrengen bis das Uriniren im Gange ist?
6. Ist Nachträufeln vorhanden?

I. Projectionskraft des Harnstrahls. Normaler Weise wird der Urin in einem mehr oder minder starken Bogen ausgetrieben. Es ist diese Projectionskraft des Harnstrahls abhängig von den austreibenden Kräften, besonders von den Detrusoren und etwas auch von der Bauchpresse.

Die Kraft der Blasenmuskeln ist schon im normalen Zustande ausserordentlich verschieden und wir sehen z. B. starke Männer mit schwacher Blase und kleine schwächliche Individuen mit sehr starker. Abgesehen aber von angeborenen Unterschieden können solche auch in Folge verschiedener Ursachen acquirirt werden.

Auffallend starken Bogen, d. h. verstärkte Projectionskraft sehen wir bei pathologisch stark entwickelten Detrusoren, wie solche zu entstehen pflegen, wenn der Harnentleerung ausserhalb der Blase gewisse Hindernisse in den Weg treten, z. B. langsam wachsende, nicht zu enge Stricturen oder ein sehr enges Orific. extern. urethr.

Eine Abschwächung der Projectionskraft oder einen beinahe völligen Verlust derselben, d. h. ein perpendiculäres Abfallen des Strahls sehen wir überall da, wo die Kräfte der Detrusoren geschwächt, d. h. die harnaustreibenden Kräfte vermindert sind. Es kommen hier in Betracht in allererster Linie die Prostatahypertrophie, welche eine Atonie der Blasenmuskulatur im Gefolge hat. Zweitens die Atonie infolge chronischer Entzündung des submucösen Gewebes und der Muskelschicht der Blase, wie solche entsteht infolge von wiederholten vernachlässigten Gonorrhoen, welche zuerst chronische Prostatitis und dann die genannte Affection verursachen.

Eine fernere Ursache der Atonie ist die Verfettung der Blasenmusculatur, wie wir solche im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten, z. B. Typhus und Dysenterie, treffen. Die Atonie kann ferner Folge sein willkürlichen Zurückhaltens des Urins, z. B. bei Blasensteinen und Fissuren des Blasenhalses, wo am Ende des Urinirens grosse Schmerzen entstehen.

Nicht selten treffen wir endlich Atonie als selbstständige Erkrankung infolge anhaltender Ueberausdehnung der Blase, entstanden durch zu langes Zurückhalten des Harns. Während es sich bei der Atonie um eine musculäre Insufficienz der austreibenden Kräfte handelt, beruht die Parese und Paralyse der Blase auf einer mangelhaften Innervation der Detrusoren der Blase.

Wir treffen diese infolge von Neurasthenie. Am intensivsten aber bei Rückenmarkserkrankungen z. B. bei Tabes.

Ausnahmsweise sehen wir trotz vermehrter contractiler Kraft der Blase den Harnstrahl schlaff abfallen und zwar dann, wenn eine Strictur sich sehr stark verengert, oder wenn an anderen Theilen der Urethra neue Obstructionen entstehen. Der Urin geht in solchen Fällen zu Zeiten nur in Tropfen ab und der Patient kann nur durch starkes Pressen die einzelnen Tropfen zu einem schwachen energielosen Strahl vereinigen.

II. Das Kaliber des Harnstrahls ist normaler Weise ein ziemlich starkes, aber auch in gesundem Zustande variirt dasselbe und die Erklärung hierfür liegt in verschiedenen Umständen, z. B. ist bei voller Blase der Strahl merklich voller, als wenn die Blase nur wenig Urin enthält.

Bei Verengerung der Harnröhre stehen Feinheit des Strahls und Enge des Harnweges in geradem Verhältniss.

Es kommen hier in Betracht Prostatahypertrophie, Stricturen und spasmodische Verengerungen der Harnröhre, sehr enges Oriffic. extern. und hochgradige Phimose.

Ob die Feinheit des Strahls von Prostatahypertrophie oder Strictur bedingt ist, erkennen wir gewöhnlich sofort an der Projectionskraft desselben. Bei Prostatahyperthrophie fällt der Strahl perpendiculär herunter und wird durch Pressen nicht verstärkt, was bei Strictur gerade der Fall ist.

Aber auch die spasmodischen Verengerungen der Harnröhre spielen hier eine Rolle. Es können dieselben für sich existiren, oder aber sich zu organischen Stricturen gesellen und es ist ganz sicher, dass ein Theil der Urethra, wenn er durch plastische Infiltrationen verengert ist, zeitweilig auch durch die unwillkürlichen Muskelfasern,. welche den Kanal überall umgeben, constringirt und so das Caliber des Harnstrahls verkleinert werden kann.

Solche spasmodische Verengerungen des Harnstrahls stehen oft mit gewissen allgemeinen Zuständen des Organismus in Verbindung. Aussere Hitze und Kälte bringen einander entgegengesetzte Wirkungen hervor. Ein Schüttelfrost veranlasst einen kleinen Strahl, und der entgegengesetzte Körperzustand bei Abspannung durch Hitze ergibt einen grossen.

III. Die Form des Harnstrahls ist für gewöhnlich eine rundliche. Sie kann aber in verschiedener Weise verändert sein: abgeplattet, flach, gedreht, spiralig, gespalten und gegabelt. Eine Veränderung in dieser Richtung gehört zu den frühesten Symptomen der Strictur. Es rührt dies daher, dass das Volumen des Stromes nicht genügt, um die Lippen des Meatus externus zu öffnen, so dass die spaltartige Form dieser Oeffnung den Strom modificirt. Ist aber seine Kraft zu gering, um die Lippen von einander zu trennen, so tritt der Urin oben und unten aus, so dass sich zwei kleine Ströme statt eines einzigen bilden. Man darf jedoch keineswegs hieraus schliessen, dass die Existenz eines solchen Stromes per se ein Beweis von vorhandener Strictur sei, dass derselbe auch vorkommt bei blosser Veränderung des Meatus externus, wenn dieser durch wiederholte Entzündungen und daraus resultirende Infiltrationen in seiner Form oder Dehnbarkeit verändert ist.

Oft liegt bei den gerade erwähnten Difformitäten des Urinstrahls nicht einmal eine Strictur oder Infiltration des Orific. extern. vor, sondern wir sehen dieselben auch gar nicht selten ohne mechanisches Hinderniss in der Harnröhre da, wo die Austreibungskräfte vermindert sind, wie dies bei der verminderten Projectionskraft des Strahls beschrieben wurde. Der ohne ordentlichen Impuls abfliessende Harn ist zu schwach, um den geschlossenen Harnkanal und die Lippen des Meatus externus voll und ganz zu öffnen, so dass ähnliche Difformitäten entstehen, wie bei beginnender Strictur.

Die Difformität des Strahls an und für sich ist also kein sicheres Zeichen der Strictur. Ist z. B. der Strahl in seinem Volumen voll, so besteht keine Strictur, gleichviel ob derselbe abgeplattet oder spiralig ist. Als seltene Ursache obiger Affection ist noch der Blasenstein zu nennen, wenn dieser nicht gross genug ist oder seine Form nicht ganz passend, um den Blasenhals ganz zu verstopfen.

IV. Die Continuität des Strahls spielt insofern bei Aerzten und Laien eine grosse Rolle, weil die meisten das plötzliche Stocken des Strahls als pathognomonisch für Blasenstein betrachten, wo es nach Henry Thompson gerade sehr selten ist. Gewiss beobachtet man dieses Symptom bei Blasenstein, aber nur ausnahmsweise; denn zu seinem Zustandekommen sind verschiedene Umstände nothwendig. In erster Linie muss das Orific. ext. urethr. in einer Lage sich befinden, in welcher der Stein leicht auf den Blasenhals zu liegen kommt: Der Betreffende muss also aufrecht stehend uriniren. In zweiter Linie muss der Blasenhals weich und geschmeidig genug sein, damit der Stein sich wie ein Zapfen in seiner Höhlung festsetzen und ihn vollständig verstopfen kann. In dritter Linie muss sich die Blase lebhaft und regelmässig genug zusammenziehen, um den Stein gerade gegen die Mündung zu treiben.

Am häufigsten treffen wir diese Bedingungen bei Kindern erfüllt; denn hier ist der Blasenhals weich, das Orific. int. auf einem Niveau mit dem Blasenboden und die Blase contrahirt sich lebhaft, energisch und gleichmässig.

Wenn wir bei Erwachsenen diese Symptome beobachten sollen, so muss der Stein sehr klein und leicht sein.

Unendlich viel häufiger sehen wir das plötzliche Unterbrechen des Harnstrahls bei einer versältnissmässig wenig gekannten und selten genannten Affection: dem Spasmus der Blasenschliessmuskeln. Wenn wir einen Neurastheniker in unserer Gegenwart seinen Harn entleeren lassen, so sehen wir gar nicht selten, dass der Patient seinen Urin zuerst einige Zeit flattiren muss, bis er zuerst langsam in Tropfen und erst allmählig in mehr oder minder stärkerem Strom abgeht. Mit einem Schlage wird derselbe unterbrochen, indem die Blasenschliessmuskeln sich ohne äussere Veranlassung urplötzlich wieder krampfhaft schliessen.

Wir beobachten dann das Bild, wie man es gewöhnlich nur bei Blasensteinkranken sehen zu müssen glaubt. Allmählich verliert sich der Krampf wieder und das Uriniren kommt wieder in Gang.

Verfasser hat solche Patienten gesehen, deren Urinentleerung drei- bis fünfmal unterbrochen wurde, und die wohl 10—15 Minuten brauchten, nur um ein gewöhnliches Quantum Urin zu entleeren.

V. Muss der Patient sich anstrengen, bis das Uriniren im Gange ist und geht der Harn gleich im Beginne in einem Strahl ab oder nur tropfenweise?

Wir beobachten gar nicht selten die Thatsache, dass Patienten bei der Harnentleerung einige Augenblicke bis 10 Minuten Zeit brauchen, bis der Urin nur anfängt abzugehen. Die verschiedenen Individuen machen dabei die verschiedensten Kunstgriffe, um den Harnabgang zu befördern.

Fängt dann der Urin an abzugehen, so fliesst er nur tropfenweise. Bei der grossen Mehrzahl entsteht in kurzer Zeit ein mehr oder minder starker Strahl; bei wenigen geht das ganze Quantum Harn nur tropfenweise ab. In letzterem Falle handelt es sich um vorgeschrittene Stricturen, in ersterem gewöhnlich um einen leichten chronischen Spasmus der Blasenschliessmuskeln, welcher auch, wie schon erwähnt, in anderen Fällen die plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls verursacht.

VI. Ist Nachträufeln des Harns vorhanden? Das Harnnachträufeln, ein an und für sich schon häufiges Vorkommniss, gelangt deswegen nicht selten zur Beobachtung des Arztes, weil die Patienten demselben meist eine gewisse Wichtigkeit beilegen. Es hat dieses Phänomen aber eine fundamental verschiedene Bedeutung, je nachdem es sich nur an die willkürliche Harnentleerung anschliesst und unmittelbar nach derselben, oder auch einige Zeit nach derselben vorkommt, oder nachdem es in der Zwischenzeit, im Schlafe etc. sich zeigt, durchaus unabhängig vou dem willkürlichen Harnen.

Letztere Form gehört unter das Capitel des «unwillkürlichen» Harnabganges. Die erstere dagegen bildet das eigentliche Harnnachträufeln, das hier besprochen wird.

In der Regel ist sein Auftreten folgendes: Der Patient braucht nach dem Uriniren längere Zeit, um die Urethra austropfen zu lassen; der Eine schüttelt zu diesem Zwecke das Membrum, der Andere macht von hinten nach vorn eine streichende, melkende Bewegung; bei noch Andern fliesst nachträglich, nachdem sie das Membrum reponirt und schon wieder einige Schritte gemacht haben, eine kleine oder grössere Menge Harnes ab.

In vereinzelten Fällen gehen sogar noch einzelne Tropfen weg eine halbe bis eine ganze Stunde nach der willkürlichen Miction

Wie schon bemerkt, besteht der Schluss der Harnentleerung in einem genauen Aneinanderlegen der Harnröhrenwände. Alles nun was diesen letzteren Act stört, wird bewirken, dass der Urin sich nicht prompt aus der Harnröhre entleert, sondern tropfenweise allmählich abgeht, mit anderen Worten, dass Harnnachträufeln eintritt.

Wahrscheinlich ist das Harnnachträufeln so zu erklären, dass es sich dabei um einen Erschlaffungszustand des muskulären Schlauchs handelt, welcher die Harnröhre vom Bulbus bis zur Blase umgibt. Dadurch verliert derselbe die Fähigkeit, sich rasch und energisch zusammenzuziehen und den Rest des Harns über den Bulbus hinauszupressen; der Urin bleibt in dem halbgeöffneten Schlauche liegen und tröpfelt dann durch die Bewegung beim Gehen langsam ab, oder es wird gerade durch dasselbe noch eine etwas energische Contraction des schlauchförmigen Muskels ausgelöst und der restirende Harn mit einem Ruck gar entleert.

Das Harnnachträufeln kann aber auch bedingt sein durch Ursachen, die in der Harnröhre selbst liegen und dort ein exactes Aneinanderlegen der Wände und damit einen vollständigen Abfluss des Urins unmöglich machen. Es handelt sich hier hauptsächlich um enge Stricturen, bei welchen durch das indurirte Gewebe um die Strictur herum und die oft unregelmässige Dilatation, welche sich hinter der Strictur gebildet hat, die Wände des Kanals nicht mehr in Berührung mit einander gebracht werden können. Zudem füllt sich die Erweiterung beim Uriniren wie ein Sack und dieser Inhalt träufelt infolge der Schwerkraft aus, sobald der Penis seine hängende Position wieder annimmt, wenn der Patient denselben nicht vorher mit einer melkenden Bewegung ganz entleert. Ebenso kann die prompte Entleerung der Harnröhre verhindert werden durch Hindernisse an deren Ausgang, wie z. B. abnorm enges Orificium extern. oder ganz enge Phimose.

Aus dieser Darlegung ist zu ersehen, wie wichtig der Rath Sir HENRY THOMPSON's ist, jeden Patienten mit Erkrankung des Uro-Genitalsystems — bei der ersten Untersuchung wenigstens — in Gegenwart des Arztes uriniren zu lassen.

Prof. Strümpell: Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse. (D. Zeitschr. f. Nervenh. IV. 3.)

STRÜMPELL hat schon in einer früheren Arbeit «über eine bestimmte Form von Systemerkrankung» (Westphals Arch. XVII.) die Krankheitsgeschichte zweier Brüder mitgetheilt, die mit dem in der vorliegenden Arbeit mitgetheilten Krankheitsfall identische Erscheinungen darboten. Der eine Fall zeigte als anatomischen Befund primäre systematische Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn, der Kleinhirnseitenstrangbahn, der GOLL'schen Stränge.

Das Krankheitsbild, das diesem anatomischen Befunde entspricht und das STRÜMPELL unter der Bezeichnung hereditäre spastische Spinalparalyse zusammenfasst, im Gegensatz zu allen anderen Formen der spastischen Spinalparalyse ist Folgendes:

Unter dem Einfluss abnormer Veranlagung entwickelt sich eine langsam fortschreitende primäre systematische Degeneration in der Py B des Rückenmarkes.

Dieses Leiden tritt in der Regel familiär auf und zwar anscheinend die männlichen Familienglieder häufiger betreffend. In dem beschriebenen Falle litt der Vater und Grossvater an derselben Krankheit. Die Krankheit beginnt gewöhnlich zwischen dem 20. bis 30. Lebensjahre als spastische Pseudoparese der unteren Extremitäten und führt erst nach vielen Jahren zur wirklichen spastischen Parese und Paralyse.

Die zu den oberen Extremitäten, Zunge, Lippe etc. gehörigen Abschnitte der Py B erkranken viel später und seltener.

Die Degeneration der Py B combinirt sich mit Degeneration der Kl S und Go S.

Klinisch drückt sich dies durch spät auftretende Störungen des Temperatursinnes und ganz geringe Blasenstörungen aus. (?)

R. K.

Dr. H. Hildebrandt (Elberfeld): **Ueber Ernährung mit einem geschmack- und geruchlosen Albumosen-Präparate.** Separatabdruck aus den Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medizin zu Wiesbaden 1893.)

Nachdem durch die grundlegenden Arbeiten von KÜHNE und seinen Schülern nachgewiesen war, dass das bis dahin als Pepton bezeichnete und somit die meisten sogenannten Handelspeptone keine einheitlichen Körper darstellen, sondern ein Gemisch von verschiedenen Zwischenstufen zwischen Eiweiss und Pepton seien, in dem eigentliches Pepton nur in geringen Mengen vorhanden ist, musste sich naturgemäss die Frage aufdrängen, ob wirklich der nunmehr als Pepton bezeichnete den hohen Nährwerth besitze, der ihm früher zugesprochen wurde.

Vor einiger Zeit ist nun in den Elberfelder Fabriken ein Präparat dargestellt worden, welches fast vollständig frei von KÜHNE-schem Peptone ist und im Wesentlichen aus Albumosen besteht. Es ist ein weissgelbliches Pulver, löslich in Wasser fast in jedem Verhältnisse. Seine Lösung ist klar, gelblich und entbehrt des für Pepton characteristischen unangenehm bitteren Geschmackes und leimartigen Geruches. Es ist dies das erste im Grossen dargestellte, so gut wie peptonfreie, aus reinen Albumosen bestehende Produkt.[1])

Sein Gehalt an Albumosen beträgt 84 bis 86%; sein Gehalt an Stickstoff 13·5%. 1 *gr* Albumosen entsprechen demnach ca. 4·5 *gr* fettfreiem Fleisch.

Mit diesem Albumosen-Präparate hatte Verfasser vor einiger Zeit Versuche begonnen, welche zunächst die Frage beantworten sollen, ob es, wenn daneben dem Körper nur eine geringe Menge Eiweiss geboten wird, die hinter dem sogenannten Schwellenwerth des Eiweissbedürfnisses zurückbleibt und also keinesfalls genügt, um den Organismus auf seinem Bestande zu erhalten, eine chemisch-äquivalente Menge Eiweiss vollständig zu ersetzen vermöge, d. h. auch physiologisch äquivalent seien.

Als Versuchsthier diente ein Hund von 22 Kilo Körpergewicht.

Wie ein beigegebene Tabelle zeigt, haben wir am Schluss der ersten Fleischperiode Stickstoff-Gleichgewicht, im Anfang der Albumosen-Periode Stickstoff-Ansatz, am dritten Tage Stickstoff-Gleichgewicht und während des folgenden Tages Stickstoff-Verlust. Im Durchschnitt ist in der Albumosen-Periode der N-Ansatz geringer als in den Fleischperioden.

Auffallend sind besonders gegen Ende der zweiten Periode die hohen Stickstoff-Ausscheidungen durch den Koth. Dies findet seine Erklärung in der Dünnheit der Stühle, in welchen auch noch unveränderte Albumosen nachgewiesen wurden. Berücksichtigt man, dass gerade in derselben Periode die N-Ausscheidungen durch den Harn durchwegs geringer sind,[2]) als in den beiden Fleisch-Perioden, so ersieht man, dass in der Albumosen-Periode relativ weniger

[1]) Das Präparat ist inzwischen von den Elberfelder Farbenfabriken (vorm. Friedr. Bayer & Co.) in den Handel gebracht worden.

[2]) Der Organismus korrigirt gleichsam die verringerte N-Einnahme vom Magendarmkanale durch eine verminderte N-Ausscheidung im Harne.

stickstoffhaltiges Material in den Geweben des Organismus zurückbehalten wurde als in den Fleischperioden. Man könnte geneigt sein, diese Erscheinung als den Ausdruck der höheren Werthigkeit des Albumosen-Stickstoffes gegenüber dem Fleisch-Stickstoff zu deuten. Hiermit steht auch in Einklang, dass sich das Körpergewicht während der Albumosen-Fütterung nicht wesentlich veränderte.

Beim Menschen ist das neue Albumosen-Präparat bereits in grösserem Umfange dargereicht worden; es wurde stets gut vertragen. Die Dosen betrugen 5 bis 15 *gr* pro Tag; doch wurden schon wesentlich grössere Mengen (bis 40 *gr* pro Tag längere Zeit hindurch genossen.[3])

Wenn nun wirklich die reinen Albumosen diejenigen Stoffe sind, welche zum Ersatze des genuinen Körper-Eiweisses dienen können, so lag es nahe, zu untersuchen, ob das Albumosen-Präparat zur Ernährung auch geeignet ist, wenn es vom subcutanen Zellgewebe aus zu den Geweben gelangt, ohne also einer etwaigen Veränderung im Magen-Darmkanale zu unterliegen. Verfasser überzeugte sich zunächst davon, dass sterile Lösungen (in 0·7% Cl Na-Lösung) 5 bis 10% subcutan, ohne Entzündung zu erregen, injicirt werden können; auch fielen die nach BUCHNER's[4]) Methode zur Prüfung der Chemotaxis angestellten Röhrchenversuche negativ aus. Am Menschen wurden versuchsweise bis 10 *ccm* 5% Albumosenlösung ins subcutane Zellgewebe injicirt, ohne Lokal-Erscheinungen hervorzurufen. Wie BUCHNER[4]) bemerkt, erweisen sich Lösungen von Hemialbumosen (von GRÜBLER bezogen), also den ersten Umwandlungsprodukten der Eiweisskörper, als ziemlich stark anlockend auf Leukocyten, während dagegen den Endprodukten, Peptonen, vielleicht vermöge ihrer Giftigkeit eine abschreckende, lähmende Wirkung auf Leukocyten, zukommt. Es ist bemerkenswerth, dass die Lösungen unserer Albumosen subcutan injicirt von Thieren (sie bekamen mehrere Tage hindurch 0·5 bis 1 *gr* pro Kilo Thier in 5% Lösung) gut vertragen wurden und weder lokale Reizerscheinungen, noch Störungen des Allgemeinbefindens zur Folge hatten. Es lässt sich für dieses scheinbar abweichende Verhalten keine andere Erklärung geben, als die, dass BUCHNER die gesammten Hemialbumosen unter den Händen hatte, während die von mir zu den Versuchen benutzten Albumosen der Farbenfabriken lediglich bestehen aus Deutero- und Hetero-Albumosen der Hemi-Gruppe, sowie aus der gesammten Anti-Gruppe. Die beiden anderen Bestandtheile der Hemialbumosen (Protero- und Dys-Albumosen), welche wahrscheinlich bei den erwähnten grundlegenden BUCHNER'schen Versuchen Ursache der Reizwirkung gewesen sind, fehlen in dem Albumosenprodukte der Farbenfabriken.

Nach Injection von 50 *ccm* 5% Albumosenlösung (in 0·7% Cl Na) bei einem Hunde von 10 Kilo Gewicht fanden sich im Harne weder Albumosen, noch Pepton, noch Albuminate. Es sind demnach die Albumosen vollständig in den Geweben zurückbehalten worden.

Bezüglich des eigentlichen Nährwerthes subcutaner Albumosenlösung konnte Verfasser aus äusseren Gründen bis jetzt nur an kleinen Hunden Versuche anstellen.

Verfasser hatte diese Verhältnisse berührt, weil man vielleicht daran denken könnte, in Fällen von Behinderung der Nahrungsaufnahme per os, diese durch subcutane Injection von N-haltigen Nährhrstoffen (Albumosen) bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen. Es würde dann die neuerdings in verschiedenen pathologischen Zuständen erprobte parenchymatöse Cl Na-Infusion hierzu vielleicht benutzt werden können.

[3]) Wie dem Verfasser von Collegen in der Praxis mitgetheilt wurde, wirkte das Präparat in kleinen Dosen Appetit anregend und bewährte sich bei Obstipationen.

[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1890, Seite 1080 und folgende.

[5]) BUCHNER l. c.

Dr. Paul Richter: Ueber neuere Behandlungsmethoden der Tuberkulose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. (Sonder-Abdruck aus SCHMIDT's Jahrbücher d. ges. Medicin Bd. 239, S. 177).

Alle Methoden die Tuberculose durch Abtödtung der Bacillen heilen zu wollen, erwiesen sich als ziemlich erfolglos. Die vielen empfohlenen antiparasitären Mittel bewährten sich (mit Ausnahme des Jodoforms bei chirurgischer Tuberculose und bis zu einem gewissen Grade des Kreosots und Guajacols) bei der therapeutischen Verwendung nicht; andere antibacterielle Methoden wie die intraperitoneale Einspritzung tuberculose-immunen Blutes (von Hunden, Ziegen) oder der Versuch die Tuberkelbacillen durch Einführung anderer pathogener Bacterien (z. B. Erysipelcoccen) zu vernichten, sind in ihrer Wirkung noch mehr als fraglich.

Neuerer Zeit versuchte LANDERER die Tuberculose nicht in den Bacillen sondern in dem von ihnen erzeugten specifischen Gewebe, dem Tuberkel therapeutisch anzugreifen, indem er sich bemühte den in der Natur vorkommenden Heilungsvorgang der Bindegewebigen Einkapselung und Schrumpfung künstlich durch Erzeugung einer aseptischen Entzündung mässigen Grades hervorzurufen. — (Entzündungserregend hatte auch das KOCH'sche Tuberculin gewirkt; doch war die Entzündung eine heftige, die Folge davon Erweichung und Propagation der infectiösen Massen.)

LANDERER verwendete zu dem genannten Zwecke zuerst den Perubalsam, später die wirksame Substanz desselben, die Zimmtsäure u. zw. «in Berücksichtigung der Erscheinung, das corpusculäre Elemente, in den Kreislauf eingeführt, sich mit Vorliebe an solchen Stellen ablagern, wo eine veränderte Circulation besteht», auf dem Wege der directen intravenösen Injection.

Erfolgreich ausgeführten Thierexperimenten folgte die klinische Anwendung, die sich in vielen Fällen bewährte, ohne dass die Injection irgend welche unangenehmen Zufälle im Gefolge gehabt hätten.

In ähnlicher Weise suchte LANNELONGUE durch Injection von Chlorzink bei chirurgischer Tuberculose um die Erkrankungherde in Haut und Knochen fibröse Schutzwälle zu erzeugen.

Gelenks- und Knochentuberculose durch Bindegewebsneubildung und Schwielenbildung zur Heilung zu bringen war auch das Streben BIER's, der dies, von der Erfahrung ausgehend, dass in venöshyperämischen Lungen sich keine Tuberculose entwickele, durch künstlich erzeugte Stauungshyperämie (mittelst elastischer Umschnürung der Extremitäten) zu erreichen suchte und auch thatsächlich in vielen Fällen Erfolge verzeichnen konnte.

Erwähnenswerth ist noch die bis nun nicht recht aufgeklärte Methode der Heilung von Bauchfelltuberculose mittelst Laparotomie.

Verfasser resumirt, dass nur von solchen Heilverfahren bei der Tuberculose etwas zu erwarten sei, die den spontanen Heilungsvorgang der Natur nachzuahmen oder zu beschleunigen suchen.

B. S.

B. Worotynski: Ueber den Einfluss der Suspensionen auf die Sehstörungen bei Affectionen des Rückenmarkes. (Neurologischer Bote, Bd. I, Heft 1.)

Es wurde bereits von manchen Autoren die Beobachtung gemacht, dass die Suspensionen die Sehstörungen bei Tabes günstig beeinflussen können.

Verfasser berichtet über drei Fälle, die diese Beobachtungen vollauf bestätigen.

Im ersten Falle handelte es sich um ein 43jähriges Individuum, welches seit 4 Jahren an Tabes erkrankt war und bei welchem das Sehvermögen abgeschwächt war und das Gesichtsfeld concentrisch verjüngt war. Nach 6 Suspensionen bemerkte Patient eine Besserung seines Sehvermögens. Die Untersuchung ergab: V = 20/20, das Gesichtsfeld erweiterte sich nach allen Richtungen um 5—10 Grad.

Nach 3 Monaten blieb das Sehvermögen unverändert.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 29jährigen Tabetiker, bei dem sich seit 4 Jahren das Sehvermögen immer verschlimmerte. Die Untersuchung ergab eine Atrophie des Nervus opt. V rechts 2/200, links 4/200.

Nach den drei ersten Suspensionen besserte sich das Sehvermögen: Rechts 5/200, links 7/200. Bei weiteren Suspensionen kam keine weitere Besserung zu Stande. Im dritten Falle handelte es sich um eine Myelitis. Vor den Suspensionen rechts V 15/70, nach drei Suspensionen dagegen 17/40, wobei sich auch das Gesichtsfeld ein wenig erweiterte.

Rdt.

Howard F. Hansell: Zwei Fälle von Erkrankungen der Augen durch Blendung. (Medical news. 28. Octob. 1893. LXIII. 18.)

Ein 18jähriger Bursche war, nachdem er sich einige Tage hindurch enormer Hitze ausgesetzt hatte, unter Erscheinungen erkrankt, welche Meningitis ähnlich sahen. In der Reconvalescenz trat Schielen, Doppeltsehen und Herabsetzung der Sehschärfe auf. Die Diagnose lautete auf Druck des rechten Abducens durch basale Meningitin, letztere verursacht durch Exponirung in heisser Sonne; ferner Ergriffensein der Hüllen des Sehnerven durch Ausbreitung des entzündlichen Processes. Nach Gebrauch von Brom trat nach 3 Monaten vollständige Heilung ein.

Der 2. Fall betrifft eine 30jährige Frauensperson, welche während der enormen Sommerhitzen des Jahres 1892 von quälenden Kopfschmerzen zu leiden hatte. Im Herbst desselben Jahres trat allmählig eine Herabsetzung der Sehschärfe ein, und als Verfasser die Kranke sah, konnte er eine Lähmung des rechten Abducens, weite und träg reagirende Pupillen, und mit dem Augenspiegel beiderseits eine beträchtliche Schwellung beider Papillen constatiren.

Da eine energische Inunctionscur den rapiden Verfall des Sehvermögens nicht aufzuhalten vermochte, entschloss sich der Autor zu einem operativen Eingriff. Nachdem er (am rechten Auge) den Internus von der Sclera abgelöst hatte, ging er mit einem Schielhacken in die Augenhöhle ein, suchte hinter den Augapfel an den Sehnerven zu gelangen, und letzteren mehrmals sanft vorwärts zu ziehen. Subjective Lichterscheinungen, welche die Operirte wahrgenommen, vergewisserten ihn, dass er wirklich den Sehnerven erfasst hatte.

Der Eingriff, der auch nach starker Cocaïnisirung sehr schmerzhaft war, war nicht vom gewünschten Erfolge begleitet, was aber Verfasser nur der zu spät vorgenommenen Ausführung zuschreibt *). Der Autor glaubt, dass es sich in diesem Falle um durch Insolation hervorgerufene meningitische Processe gehandelt habe, und dass es zu einer Strangulation des Sehnerven durch entzündliche Producte zwischen dem letzteren und seinem knöchernen Canale gekommen sei. In der Absicht, solche etwa bestehende Adhäsionen zu lösen, hat Verfasser den Eingriff unternommen.

A. P.

Henry Koplik: Ueber die akute Alkoholvergiftung bei Kindern und der Missbrauch bei Magen- und Darmkrankheiten im Kindesalter. (Medical news, 28. Octobre 1893, LXIII, 18)

Seitdem von gewichtigen, deutschen Autoren der Alkohol i die Therapie der Kinderkrankheiten eingeführt ist, wird leider mit diesem Mittel oft in ganz unsinniger Weise Missbrauch getrieben Namentlich die akuten Magen- und Darmkatarrhe sind es, be welchen man die schädlichen Wirkungen dieses nicht ungefährlichen Mittels zu beobachten Gelegenheit hat. Oft genug ordnet der Arzt an, dass dem Kinde von Zeit zu Zeit etwa ein Schluck Milch mit Cognac gereicht werde. Die nähere Dosirung wird den Müttern oder Pflegerinnen überlassen, welche oft des Guten zuviel thun und Alkohol in ganz unsinnigen Mengen verabreichen. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, zahlreiche an Alkoholvergiftung leidende kleine Patienten zu sehen. Die einen zeigen ein auffallendes Benehmen. Die Mutter meldet, dass ein bis dahin ganz gut genährtes Kind sich plötzlich geändert habe, die Arme herumwerfe, unmotivirte Bewegungen mit dem Kopfe mache und selbst seine Eltern zu schlagen versuche. Im allgemeinen besteht im Aussehen und Benehmen der Kinder eine Aehnlichkeit mit dem Bilde, das erwachsene Trunkene bieten. In anderen schweren Fällen zeigen sich stuporöse Erscheinungen. Verfasser ist im Principe durchaus nicht gegen die Anwendung des Alkohol, den er in entsprechend kleinen und genau vorzuschreibenden Mengen für ein treffliches Stimulanz, namentlich bei Diphtherie, Scharlach und Typhus hält, warnt aber entschieden vor dessen Anwendung bei akutem Magen- und Darmkatarrh der Säugline.g

A. P.

---

*) Da nämlich zur Zeit der Operation bereits beginnende Atrophia nerv. optici zu constatiren war.

W. Murawjew: Die graphische Methode als diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Schädelgeschwülste. (St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 44, 1893. Medicinoskoje Obosrenje Nr.15.)

Bei einer 36jährigen Frau wurde ein Schilddrüsentumor und eine Schädelgeschwulst konstatirt. Letztere befand sich im hinteren Drittel des rechten Scheitelbeines und zeigte Pulsationen. Etwas nach vorne von derselben sass noch ein Tumor, der viel kleiner Sar. Beide zeigten eine weiche, fast fluctuirende Consistenz· Von weiten des Rückenmarks waren Compressionserscheinungen vorhanden: Paraplegia inferior, heftige Schmerzen in der Schultergegend, in die Beine ausstrahlend, trophische Störungen der Haut und der Muskulatur der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörungen. Obstipation. Fehlen der Patellarreflexe. Von Seiten des Gehirns wurden folgende Symptome konstatirt: heftige Kopfschmerzen, Stauungspapille, Paralysen des rechten Abducens, des linken Oculomotorius des rechten Facialis und des rechten Ocusticus. Es wurde die Diagnose auf Carcinomatose gestellt. Um zu entscheiden, ob die Schädelgeschwulst mit dem Gehir communicirt, wurde der MAREY'sche Cardiograph angewandt. In der That erzählt M. CURVEN, die nicht nur die Pulswellen zeigten, sondern auch die von den Athmungsphasen abhängigen Schwankungen wiedergaben. Da das Vorhandensein von Paralysen der Hirnnerven von der sichtbaren Schädelgeschwulst nicht in Abhängigkeit gestellt werden konnte, so musste angenommen werden, dass an der Hirnbasis cercinomatöse Metastasen sich entwickelt haben. Um dies zu entscheiden, wandte Verfasser die von GABRITSCHEWSKI angegebene Methode an. Bringt man auf den Schädel einen rasch sich bewegenden Körper, z. B. einen Kammerton, so führen die Schädelknochen entsprechende Schwingungen aus. Diese Schwingungen werden auf eine dünne elastische Gummimembran des sogenannten Pneumatoskopen übertragen und können in's Ohr des Untersuchers geleitet werden mittelst eines gewöhnlichen amerikanischen Stethoskopes. Wenn irgendwo am Schädel, in der Nähe des Schädelgewölbes eine Geschwulst vorhanden ist, so wird dieselbe den Knochenschwingungen hinderlich sein, desshalb wird der Ton an dieser Stelle schwächer, als an anderen Stellen sein. Bei der Patientin constatirte Verfasser eine Abschwächung und Dumpferwerden des Tones, wenn der Kammerton auf die linke Schläfe gesetzt wurde. Es wurde desshalb vorausgesetzt, dass in dieser Gegend ein Tumor vorhanden sein müsse. Die Section bestätigte dies. Verfasser ist der Meinung, dass die GABRITSCHEWSKI-sche Methode angewandt werden könne zur Diagnose der Hirntumoren, die nahe dem Schädelgewölbe sitzen, ferner zur Diagnose von Gehirnabscessen und Abscessen des Processus mastoideus; die graphische Methode ist in Fällen anzuwenden, wo es zu entscheiden gilt, ob eine pulsirende Geschwulst mit dem Gehirn communicirt oder nicht.

Dr. A. Cicognani: Phenocoll und Malaria. (Rassegna Medica, Nr. 10, 1893.)

Verfasser bespricht hier 10 Fälle, von denen er neun selbst studirte; über den 10. wurde ihm von anderer Seite mündlich berichtet. Von 8 Fällen spreche er nur im Allgemeinen, da bei 5 eintägem, 2 dreitägigem und 1 viertägigem Fieberkranken nach Eingabe von Phenocoll das Fieber man sofort verschwinden sah.

Auf die übrigen Fälle geht Verfasser näher ein, weil dieselben, als sehr hochgradige die vorzügliche Wirksamkeit des Phenocoll, gegen das Sumpffieber, beweisen.

1. Fall. C. A. aus Masi (Padova) 64 Jahre alt, gewerbsmässige Bettlerin, wurde am Abend des 1. Juli 1893 in das Hospital aufgenommen. Es ist üblich in den Spitälern die Abendtemperatur zu bestimmen. Die Kranke befand sich in völligem Fieberzustand. Am 2. Abend wurde die Kranke von Schüttelfrost befallen; Temperatur 39·7°; am darauffolgenden Tage 38°. Alsdann eine Verminderung während der Dauer zweier Tage, späterhin wieder Steigerung des Fiebers. Abgesehen von dem Fieberzustand, war bei der objectiven Untersuchung nichts Bemerkenswerthes weder in den Respirationsorganen, noch bezüglich der Circulations- und

Harnorgane zu constatiren. Erschwerter Stuhlgang, leicht angeschwollene Leber und kaum merkliche Ueberschreitung der normalen Grenzen der Milz, kachektisches Aussehen.

Die Fieber-Anfälle stellten sich stets zur bestimmten Stunde ein und zwar um 2 Uhr Nachmittags. Anfangs zeigten sich unbedeutende Kälteschauer in der Rückengegend und nach den Lenden zu; dieselben nahmen allmählig zu und verbreiteten sich nach den inneren Theilen, worauf ein lästiges Gefühl von Hitze eintrat. Gegen Abend trat reichlicher Schweiss ein.

In Berücksichtigung dessen, sowie des frühern Aufenthaltsortes der Kranken und noch mehr auf Grund der Geschwulst der Milz, wurde Verfasser veranlasst, die Diagnose auf Sumpffieber (**Malaria**) zu stellen.

Es wurde Chinin. bisulfuric. verordnet, später Decocte von Chinarinde, Liquor arsenic. Fowler., ohne damit Erfolge zu erzielen. Während mehrer Tage wurden Injectionen von 0·40 *gr* Chinin-bromat. gemacht, indessen ebenfalls ohne Erfolg.

Verfasser ging alsdann mit Phenocoll. hydrochloric. vor. Als Dosis nahm er 1 *gr* in 2 Theile getheilt, 2—3 Stunden vor Eintritt des Fiebers verabreicht, des, von der Firma Schering in Berlin dargestellten Präparates. Während der beiden ersten Tage trat kein Fieber ein. Am 3. Tage setzte Verfasser das Phencoll. aus und zur gewöhnlichen Stunde wiederholte sich der Schüttelfrost und das Fieber trat wieder ein. Von nun ab verabreichte er das Phenocoll 6 Tage lang und während dieser Zeit schwankte die Temperatur zwischen einem Minimum von $36^1/_2$ und einem Maximum von 37·3°. — Nach Ablauf dieser 6 Tage hörte Verfasser mit Phenocoll-Verabreichung auf, ohne dass das Fieber sich wiederholte. Die Kranke genas zusehends, stand auf und nach Verlauf von 20 Tagen konnte sie völlig geheilt das Spital verlassen.

2. Fall. Im Juli desselben Jahres wurde Dr. GIUSEPPE FINZI, nach Crea (Verona) gerufen, um daselbst einen jungen Mann M. C., an linksseitigem Lungenspitzenkatarrh leidend, welcher stark in Verdacht der Schwindsucht stand, zu behandeln. Der Kranke hatte merkwürdigerweise jeden Tag zwei Fieberanfälle. und zwar ging denselben stets Schüttelfrost voraus. Während dieser Anfälle stellte sich der Husten ungemein stark ein. Waren dieselben vorüber, so fühlte sich der Patient relativ wohl, konnte das Bett verlassen und zu Fuss nach seiner Wohnung gehen.

Indem er sich auf diese Thatsachen stützte, vermuthete er, es mit einer Malariaform zu thun zu haben. Chinin, welches vier Stunden vor Eintritt des Fiebers verordnet wurde, hatte gar keine Wirkung.

Dr. FINZI betrachtete die Krankheit als eine äusserst seltene Erscheinung eines Doppelfiebers, beruhend einerseit auf Tuberkulose, anderseits auf Malaria, indem er seine Diagnose von dem Lungenbefund und mikroskopischer Untersuchung des Sputums, abhängig machte. Daraufhin verordnete er Phenocoll.

Wenige Tage nach Verabreichung dieses neuen Heilmittels verchwand das Fieber völlig, ohne je zurückzukehren.

Von den anderen 8 Fällen spricht Verfasser nicht detaillirt, da in sämmtlichen 8 Fällen das Phenocoll, welches sofort, ohne vorherige Anwendung von Chinin verordnet und das Fieber in kurzer Zeit beseitigt wurde. Das Phenocoll wurde in Dosis von 1 *gr* für Erwachsene und $^1/_2$ *gr* für Kinder unter 10 Jahren, 2 bis 3 stündlich vor Eintritt der Fieberanfälle und auf die Dauer von niemals über 8 Tage, verordnet. Auf diese Weise wurde in fraglichen 8 Fällen die Malaria völlig geheilt.

Dieses ist unwiderlegliche Thatsache, speciell bei zwei- und dreitägigem Fieber festgestellt, wie solches auch die Herren Prof. ALBERTONI, Prof. CERVELLO, Dr. DALL'OLIO, sowie die DDr. NOVI, PRATI, VENTURINI, CRESCIMANNO und MATARAZZO, in ihren wissenschaftlichen Abhandlungen bestätigen.

Verfasser ist erfreut, sich im vollen Einklang mit so hervorragenden und geachteten Medicinern, zu befinden, weil die von ihm erzielten Resultate in auffallender Wese die Heilkraft des Phenocoll hydrochloric. gegen Malaria auf's Klarste bestätigen und zwar auch in solchen Fällen, in denen die Chininpräparate ohne jegliche Wirkung gegeben wurden. Auch kann er mit Vergnügen bezeugen, dass das in Rede stehende Heilmittel leicht eingenommen und recht gut vertragen wird und keine der so sehr lästigen Nachwirkungen, wie solche die Chininpräparate im Gefolge haben, hervorruft.

Misstrauen, Abneigung gegen alle neuen Heilmittel und das allzugrosse Vertrauen auf die alten Medicamente, sagt Verfasser, bilden die Ursache, dass dieses Präparat bislang noch wenig von Aerzten verordnet wurde. Indessen die immer wachsende Wissenschaft und die vorzüglichen Erfolge, welche man mit Phenocoll erzielte, werden dazu beitragen, dem Präparat überall Eingang zu verschaffen und alle Schranken überwinden, jeden Widerwillen und jedes Hinderniss beseitigen, zum Wohle der vielen Tausende, welche an Malaria leiden.

Dr. Houzel: Intraperitoneale ectopische Schwangerschaft. (Progrés Méd. vom 1. Juli 1893.)

Es handelt sich um einen Fall, in welchem die Schwangerschaft seiner Ansicht nach eine ausgesprochen peritoneale war. Während der letzten drei Monate seines Lebens lebte der Fötus zwischen den Gedärmen, ohne von einer umhüllenden Kapsel umgeben zu sein, sei es eine anatomische oder eine neu hinzugekommene Auskleidung. Der Fötus konnte sogar an die Leber anstossen und verursachte der Mutter viel Leiden, indem er die Därme störte. Druck auf den fötalen Kopf verursachte heftigen Schmerz in der linken Fossa iliaca. — Das Kind entleerte Meconium über den Därmen. Die Placenta haftete an den Darm fest an. Nichts destoweniger, trotz des freien Fötus und der adhärenten Placenta, war das Peritoneum nicht entzündet. Das Kind starb am Ende des neunten Monats. Die Placentagefässe waren ausserordentlich mächtig und setzten sich in andere Gefässe, die zum Darme gehörten, und so weit die Anheftungsstelle der Placenta reichte, fort. Dr. HOUZEL konnte die Placenta lösen, da eine unmittelbare Hämorrhagie unvermeidlich gewesen sein würde, und da sich der Darm nicht in gleichem Grade wie der Uterus contrahirt. Da kein Sack vorhanden war, so wurde auch keine Tamponade versucht. Autor fürchtete auch die Bauchwunde ganz zu schliessen, damit das Peritoneum sich nicht als weniger tolerant als vor der Operation erweise. Er zog es auch vor, das untere Ende der Wunde offen zu lassen, zu drainiren und die Placenta, von dem Momente an, in welchem es klar war, dass keine Gefahr von Hämorrhagie mehr bestand, zu lösen. — Die Mutter genas. *L. L.*

Dr Genonalle: Urethral-Strikturen bei Frauen. (Rev. Chir. 1893.)

Verfasser betont die Seltenheit der Urethralstrikturen bei Frauen. Der Aetiologie nach zerfallen sie, wie beim Manne, in zwei grosse Gruppen, infektiöse (d. h. blenorrhoische) und traumatische (Dystokie etc.) Die traumatischen Strikturen sind bei Frauen relativ häufiger als bei Männern. Die Symptome variiren von geringen Urinbeschwerden bis zu vollkommener Urinretention. Im Verhältniss zur Hochgradigkeit der Striktur sind die Beschweeden beim Weibe meist auffälliger als beim Manne. Dies beweist, dass die weibliche Blase schwächer und leichter ermüdbar als die des Mannes ist. Wie beim Manne kann Cystitis und Pyelonephritis sich im Anschluss an die Striktur entwickeln. *J. S.*

Dr. E. Monin (Paris): **Behandlung der Leberaffectionen.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

Die Leberkrankheiten nehmen leicht einen chronischen Charakter an. Sie werden unterbrochen von congestiven subacuten Stadien und werden von Verdauungs- und Ernährungsstörungen begleitet: Die Lebercirrhose liefert uns in unseren temperirten Klimaten das typischeste Beispiel hiervon. Wenn man an die bio-

chemische Bedeutung der Leberdrüse denkt, so begreift man leicht warum die Erkrankungen dieses Organs unsere physiologische Vitalität so beträchtlich afficiren; warum sie unter den subdiaphragmatischen Krankheitszuständen auf die Affectsphäre am eigenthümlichsten rückwirken. Der praktische Arzt könnte nie genug wissenschaftlich arbeiten, um an der Lösung der heilbaren Leberläsion und der Linderung der erworbenen oder unheilbaren Störungen mitzuwirken. Wir haben uns zu oft von den Vorzügen der Anwendung des Hunyadi János überzeugen können, als dass wir nicht einige Zeilen den Indicationen dieses natürlichen Heilmittels bei den verschiedenen Störungen der Leberthätigkeit widmen sollten.

Die biliöse Magenstörung und der torpor of liver der Engländer werden unmittelbar bewältigt durch eine oder zwei ausgiebige Purgirungen mittelst dieses Mineralwassers. Wenn Gallensteine vorhanden sind, dann wird man deren Zurückhaltung verhindern oder ihre normale Ausscheidung fördern durch Verabreichung von einigen schwachen Dosen Hunyadi János: ein Bordeaux-Glas, drei Mal des Tages vor der Mahlzeit. Man wird auf diese Weise die Gallensecretion, sowohl in Bezug auf Qualität als auch hinsichtlich der Quantität, ad integrum wiederherstellen: Allmählig wird die Galle freier abfliessen können, und auch die katarrhalisch afficirten Leberwege werden nach und nach von dem in ihnen angesammelten Schleim befreit werden. In veralteten und hartnäckigen Fällen wird es durch diese dem gastrohepatischen Apparate verliehene gesteigerte Thätigkeit möglich sein, die vollständigsten Heilresultate der heroischen Behandlung durch Vichy oder Karlsbad zu erlangen.

Bei den unter den Tropen erworbenen und häufig auf Dysenterie folgenden Leberaffectionen, wird der regelmässige Gebrauch des ungarischen Wassers die heilsamsten Wirkungen zur Folge haben. Ist einmal die Heilwirkung eingetreten, so wird dieselbe fortdauern, ohne Zuhilfenahme irgend eines Medicamentes, indem die Modification der Verdauungsschleimhaut auf das Leberorgan fortwirkt. Es handelt sich hier keineswegs um eine conjecturale oder empirische therapeutische Theorie. Indem wir grosse Mengen von Gallenflüssigkeit ausfliessen lassen, wecken wir die eingeschlummerten physiologischen Leberfunctionen. Wir rufen keineswegs jene übertriebenen, rein künstlichen Secretionen hervor, die reich an Gefahren sind, indem sie unbesiegbare Obstructionen im Gefolge haben. Wir unterdrücken aber den congestiven Zustand der Leber: 1. durch eine vernünftige seröse Entleerung der Portalgefässe, 2. durch Erregung der vasomotorischen Contractilität des abdominalen Gefässsystems, 3. durch eine auflösende Thätigkeit, die noch unklar ist, die jedoch wahrscheinlich an eine Verminderung des Plasmin im Blute gebunden ist (Claude Bernard).

Würden Sie diese complicirte therapeutische Wirkung mittelst der aus dem Laboratorium stammenden neutralen Natrium- oder Magnesiumsalze erreichen? Gewiss nicht . . . Und warum? Das natürliche Mineralwasser hat in seinem unterirdischen Laufe, wie dies Scoutetten nachgewiesen hat, allotropische und elektrische Modificationen erfahren, die ihm excito-vitale Eigenschaften verliehen haben. Daher sind die Fortdauer der Heilkraft oder, wenn sie wollen, der weittragende organische Einfluss die charakteristischen Zeichen der Wirkung des Hunyadi János. Einzig und allein durch eine Steigerung der Thätigkeit, die den vitalen Vorgängen aufgedrückt wird, wird die Resorption der krankhaften Exsudate angeregt; während zu gleicher Zeit die Glykogenie und Uropojese, die beide an die Integrität der Leberzellen gebunden sind, zur physiologischen Norm zurückkehren. Heute endlich, da man die functionelle Bedeutung der Integrität der Leber kennt, die nothwendig ist, um die Gifte des Verdauungscanals zurückzuhalten und um als unüberwindliche Schranke für die Producte der autogenen Intoxication zu dienen, hat man den Werth der Purgirung mittels des Hunyadi János schätzen gelernt — eine Purgirung, der die Klinik schon seit langer Zeit instinctiv den Vorzug gab.

Unter dem alleinigen Einflusse dieser Medication sieht man die Mehrzahl der pathognomischen Zeichen der Lebercongestion verschwinden: dieses tägliche und remittirende Fieber, dieser fortwährende Lendenschmerz, dieses Druckgefühl um das Becken mit Harnbeschwerden, die der uropojetischen Dystrophie eigenthümlich sind; endlich diese wirkliche Schwäche, die von den äusseren Zeichen einer scheinbaren Gesundheit maskirt wird. Der gewohnheitsmässige Gebrauch des Hunyadi János bewirkt eine Art Waschung der inneren Integumente, die an sich schon ein Vorbeugungsmittel gegen jedwede krankhafte Gährung ist. Ohne, wie die angeblichen Cholagoga, unnütze Hypersecretionen und gefährliche Irritationen hervorzurufen, werden wir mit dem ungarischen Mineralwasser den Gastroduodenaltractus und sämmtliche Mündungen des Leberorgans reinigen. Diese heilsame Arbeit werden dann die innere Antisepsis, die Alkalien und die Jodpräparate vervollständigen.

Durch Beseitigung jeglicher Constipation werden wir endlich den Hämorrhoidalfluss, der symptomatisch für Blutstauung in der Leber ist, verringern und endgiltig sistiren. *D. T.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 29. November d. J. abgehaltenen Sitzung des Wiener medicin. Clubs, welche wegen der zahlreichen Demonstrationen mit dem elektrischen Beleuchtungsapparate im Hörsaale des Prof. Stricker stattfand, dankte der Vorsitzende, Dr. Breuer, für die Auszeichnung, den Vorsitz führen zu dürfen, worauf Dr. H. Schlesinger über Hämatomyelie beim Hunde, Dexler über einige Nervenkrankheiten bei Thieren, Vorträge hielten, an die sich einige interessante Demonstrationen von Rückenmarksschnitten anschlossen. Dr. Bickeles hielt einen mit Demonstrationen verbundenen Vortrag: «Zur Anatomie der rheumatischen Fascialislähmung». Der ausführliche Bericht findet sich an anderer Stelle dieses Blattes. — Die am 1. December unter dem Vorsitze Hofr. Dittel's abgehaltene Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, brachte einige interessante Demonstrationen, u. zw. stellte Prof. Neumann einen Mann vor, welcher zum zweiten Male innerhalb 4 Jahren eine syphilitische Primäraffection acquirirt hatte. Das Hauptinteresse der Gesellschaft war auf einen von Prof. Urbantschitsch gehaltenen Vortrag und auf die durch den Director des Taubstummen-Institutes in Döbling, Herrn Lefeld, sowie durch den an dieser Anstalt thätigen Lehrer Kühnel vorgeführten Taubstummen gerichtet, von denen methodische Gehörübungen mit den besten und frappantesten Erfolgen ausgeführt wurden. Prof. Paltauf demonstrirt das Präparat eines von einem Selbstmörder stammenden Magens, an welchem sich interessante, durch Paraldehyd hervorgerufene Verletzungen finden. R.-A. Dr. Kowalsky berichtet dann über eine neue Art von selbstbeobachteten Mikroorganismen bei Choleraleichen. Der ausführliche Bericht findet sich in nächster Nummer dieses Blattes. — Am 4. December d. J. hält Dr. Jos. Schrenk in der wissenschaftlichen Versammlung des Doctoren-Collegiums einen Vortrag: «Das öffentliche Sanitätswesen in der Stadt New-York. — Zu gleicher Zeit findet im Hôtel «Union», IX. Nussdorferstrasse 33, die constituirende Versammlung des Vereines der Aerzte im IX. Bezirke statt.

* Ueber die Errichtung einer dritten Universität in Ungarn, äusserte sich Unterrichtsminister Graf Albin Csáky in der letzten Sitzung des ungarischen Abgeordnetenhauses unter Anderem: «Ich stimme mit den Ansichten über die Unzulänglichkeit der Räumlichkeiten der Budapester Universität überein, weise aber auf die bekannten zwei Projecte in Betreff der Universitätsbauten hin, von denen das eine den idealen, aber Millionen verschlingenden, das andere aber den die finanzielle Lage Ungarns berücksichtigenden Standpunkt einnehme; die Entscheidung ist zu Gunsten des letzteren gefallen. Ich halte es für sehr wünschenswerth, dass ausser den bestehenden zwei Universitäten eine dritte, vielleicht auch eine vierte und später sogar eine fünfte Universität im Lande errichtet werde. Aber ich spreche es offen aus, dass ich diese Frage nicht für eine acute halte und dass wir weit dringendere und wichtigere Aufgaben haben (lebhafte Zustimmung) beispielsweise auf dem Gebiete des Volksunterrichtes (lebhafte Zustimmung). Ich will noch erwähnen, geehrtes Haus, dass die Errichtung einer dritten Universität schwerlich der Ueberfüllung an der Budapester Universität ein Ende machen würde. Wir haben ja das Exempel an der Klausenburger Universität vor

uns. Während wir hier eine Ueberfüllung haben, gibt es dort Raum genug und können wir den Zufluss an Hörern nicht dorthin ablenken.»

* Aus Budapest schreibt man uns: Der ungarische Landes-Sanitätsrath wird am 21. December d. J. das Jubiläum seines 25 jährigen Bestandes feiern, zu welchem Anlasse Sanitätsrath Dr. Ludwig Csatáry die Geschichte der 25 jährigen Thätigkeit des Landes-Sanitätsrathes geschrieben hat, welche in den weitesten Kreisen zur Vertheilung gelangen wird. Auch wird an diesem Tage eine feierliche Sitzung stattfinden. Von den allerersten im Jahre 1868 ernannten ordentlichen Mitgliedern sind nur noch die Professoren Korányi und Than, von den ausserordentlichen die Doctoren Chyzer und Sonntag am Leben.

* Meran. Am 18. November d. J. hat hier die feierliche Enthüllung des Denkmals stattgefunden, welches der Curort Meran dem Senior seiner Aerzte, Dr. Franz Tappeiner, errichtet hat.

* Berlin. Hier wurden am 22. November in Gegenwart der Kaiserin Friedrich zwei neue Baracken für Masern- und Keuchhusten-Kranke im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause eröffnet.

* Bamberg, die Geburtsstadt Johann Lukas Schönlein's, rüstet sich zu einer Feier des 100. Geburtstages des berühmten Klinikers.

* Vom General-Secretariate des XI. internationalen medicinischen Congresses in Rom ist die nachfolgende Mittheilung dem Organisations-Comité für Oesterreich zugegangen: 1. Der Termin für die Ankündigung der Vorträge ist auf den 31. Januar 1894 verlegt; 2. gleichzeitig mit dem Titel sind ein kurzgefasster Auszug und die Schlussfolgerungen einzusenden; letztere werden gedruckt und an die Congressisten vertheilt werden; 3. Das Programm wird die Titel aller angemeldeten Vorträge enthalten, also auch die Titel jener, welche nach der Verlegung des Congresses ganz oder zum Theile in wissenschaftlichen Blättern veröffentlicht worden sind; 4. die nach dem 31. August 1893 angekündigten Vorträge werden mit einem Sternchen am Rande kenntlich gemacht sein; 5. die Eisenbahnverwaltungen haben die vor der Verlegung des Congresses eingeräumten Ermässigungen aufrecht erhalten; dieselben werden vom 1. März bis 30. April 1894 in Kraft sein.
Im Namen des Organisations-Comités für Oesterreich: Nothnagel.

* Am 26. November war der 400. Geburtstag des Paracelsus. Paracelsus Theophrastus von Hohenheim hat bekanntlich nach verschiedenen Richtungen hin reformatorisch gewirkt; er war der erste Professor der Medizin, der in deutscher Sprache vortrug.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Galizien ist in der letzten Woche ein weiterer sehr erheblicher Rückgang der Zahl der Choleraerkrankungen zu constatiren. Ungarn. Die Zahl der Erkrankungen an Cholera hat in der Woche vom 8.—14. November eine weitere Abnahme erfahren. Es wurden aus 21 Gemeinden 52 neue Erkrankungen und 37 Todesfälle bekannt, nämlich in den Comitaten: Bacs-Bodrogh 7 (6), Barania 2 (2), Kronstadt 2 (2), Marmaros 4 (3), Neutra 9 (2), Pest-Pilis-Solt-Kiskun 2 (1), Tolna 2 (2), Torontal 7 (6), Trencsin 4 (4), Vas 1 (1), Zemplin 1; in den Städten: Budapest 6 (6), Szegedin 1, Temesvár 4 (2). — Auch in Bosnien und der Herzegowina hält der eingetretene Rückgang der Epidemie an. — Deutsches Reich. In Hamburg wurde in der Woche vom 5.—11. November eine Erkrankung, vom 29. October bis 4. November 2 Todesfälle an Cholera constatirt. In Geesthacht erkrankte und starb ein Kind des als erkrankt gemeldeten Schiffers. — Türkei. In Trapezunt und bei Sinope sind weitere Cholerafälle constatirt worden.

* Influenza Wien. Innerhalb der letzten Woche sind eine grössere Anzahl von Influenza-Erkrankungen zur Beobachtung gekommen. Doch nimmt die Krankheit einen milden Verlauf.

* Berichtigung. Die in unserem Berichte über die letzte Sitzung des «Medicinischen Club» erwähnte Demonstration hat nicht Dr. Löwy, sondern Dr. Löbel abgehalten.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Selca, politischer Bezirk Spalato (Dalmatien). Jahresgehalt 1800 fl. Unentgeltliche Behandlung der Armen. Doctorat der gesammten Heilkunde und Kenntniss der croatischen Sprache werden gefordert. Gesuche bis 8. December d. J. an die Gemeindevertretung in Selca, welche auch auf Anfragen bereitwilligst nähere Auskunft ertheilt.

Districtsarztesstelle in Straschkau, Bezirk Neustadtl (11 Gemeinden, 3596 Einw. 50 Qu.-Kilom. Flächenmass), (Mähren). Jahresgehalt 340 fl., Reisepauschale 160 fl. und freie Wohnung. Mit dem Posten ist gleichzeitig die Stelle eines Herrschaftsarztes für den Grossgrundbesitz Mitrow mit einem Gehalte von 150 fl im ersten Jahre und 200 fl. in den folgenden Jahren verbunden. — Die Bewerber haben sich vor Verleihung der Stelle dem Herrschaftsbesitzer in Mitrov persönlich vorzustellen. — Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. — Im Sinne des § 11 des Landesgesetzes vom 10. Februar 1884 instruirte und mit dem Nachweise der vollkommenen Kenntniss beider Landessprachen belegte Gesuche bis 15. December d. J. an den Vorsitzenden der Gesundheitscommission Alois Pokorny in Straschkau.

Districtsarztesstelle in Neuhradek (Böhmen) mit 13 Gemeinden, 7751 Einwohnern auf 53·0 Quadrat-Kilometer Flächenmass. — Gehalt 500 fl., Reisepauschale 20 fl. für je 10 Quadrat-Kilometer und ein ausserordentlicher Wohnungsbeitrag von der Gemeinde Neuhradek in der Höhe von 10% des Gehaltes für das erste Jahr. — Bewerber, welche den Doctorgrad an der böhmischen Universität in Prag erlangt haben; der böhmischen Sprache vollkommen mächtig sein müssen, haben ihre im Sinne der Bestimmungen des § 5 des Gemeindesanitätsgesetzes vom 23 Februar 1888 instruirten und mit dem Nachweise über die bisherige Verwendung belegten Gesuche bis 15. December l. J. an den Bezirksausschuss in Neustadt a. d Mettau einzusenden.

Irrenarztesstelle in Sebenico (Dalmatien). Gehalt 1300 fl. jährlich, und Quinquennalzulagen von je 100 fl. Bewerber haben ihre, mit dem Nachweise des erlangten Doctorates der gesammten Heilkunde, der Kenntniss der serbo-croatischen und der italienischen Sprache und der bisherigen Dienstleistung belegten Gesuche an den dalmatinischen Landesausschuss in Zara binnen drei Wochen einzusenden.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Pinguente, (Istrien), bestehend aus den Ortschaften Pinguente in Rozzo. — Mit dieser Stelle, deren Dienst seine Regelung im Landesgesetze vom 18. März 1874 findet, ist der Gehalt jährlicher 1000 fl. für die Behandlung der Armen und der Betrag jährlicher 200 fl. als Reiseentschädigung für Dienstreisen im Amtsbezirke verbunden, wovon ersterer in monatlichen, letzterer in dreimonatlichen Anticipativraten beim k. k. Steueramte in Pinguente flüssig gemacht wird. — Die Dauer des Vertrages beträgt drei Jahre. Derselbe gilt als stillschweigend verlängert, wenn keine Kündigung erfolgt, welche stets sechs Monate vor Ablauf der bezüglichen Vertragsfrist stattzufinden hat. — Bewerber müssen der croatischen und slovenischen und italienischen Sprache mächtig sein. — Die bezüglichen Competenzgesuche müssen im Geleite der in § 7 des bezogenen Landesgesetzes geforderten Eignungsdocumente bis zum 25 December l J. beim Gemeindeamte in Pinguente eingebracht werden, wo auch die weiteren Concursbedingungen eingeholt werden können.

Districtsarztesstelle in Pasořitz, polit. Bezirk Wischau (Mähren), 7 Gemeinden mit 59·47 Quadr.-Kilom. Area und 5027 Einwohnern. Gehalt 366 fl., Reisepauschale 150 fl. Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. — Bewerber, welche die Eignung gemäss § 11 des Gesetzes vom 10 Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 28, nachweisen müssen, haben ihre Gesuche bis 20. December l. J. an den Obmann der Sanitätsdelegirten Sylvester Slany in Posořitz zu übermitteln.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 10. December 1893.** **Nr. 50.**

„**Internationale Klinische Rundschau**" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Die Pneumonie in epidemiologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.*)

Die lobuläre Pneumonie kommt in allen Ländern, von den nördlichsten bis zu den südlichsten Zonen vor. Beinahe überall gehört sie zu den häufigsten Krankheiten, scheint aber innerhalb der Breite der gemässigten und nördlichen Landstriche Europas und Nordamerikas die grösste Häufigkeit zu erreichen. Nach den sehr approximativen Schätzungen von Ziemssen stellt sie 30% der Krankheiten überhaupt und 67% der inneren Krankheiten der Staaten Europas dar. Man darf hinzufügen, dass sie weder dem Raume noch der Zeit nach beschränkt ist, denn sie findet schon in der Ursprungsperiode der Menschheit Erwähnung. Bestimmte Kennzeichen ihres Vorkommens reichen bis ins fünfzehnte Jahrhundert. Seit dieser Zeitepoche wiederholt sie sich ohne Unterbrechung, so dass es wenige Krankheiten gibt, die bekannter in der medizinischen Literatur sind und ebenso reich an belehrenden Abhandlungen.

In Anbetracht der diagnostischen Schwierigkeiten sind jene Aufzeichnungen nicht immer einwandsfrei, um somehr, als die Pneumonie oft Antheil nimmt an anderen herrschenden Krankheiten, insbesondere beim Typhus, bei den Eruptions- und septischen Fiebern, beim Scorbut, bei der Influenza, eine Complication, welche die hervorstechenden Erscheinungen des Krankheitsbildes verwischt. Immerhin verleihen die sich meist auf Leichenbefunde stützenden Aufzeichnungen diesen eine berechtigte Stellung in der Geschichte der Pneumonie.

Zunächst ist das häufige Vorkommen der Pneumonie in Frankreich, in Deutschland und namentlich in der Schweiz zu constatiren, wo ihr heftiges Auftreten ihr den bezeichnenden Volksnamen Alpenstich gegeben hat.

*) Nach einer in der Revue d'Hygiene et de Police sanitaire (Redact. M. E. Vallin, Editeur G. Masson, Octobernummer), auszugsweise veröffentlichten Arbeit, welche im «Traité des maladies épidémiques», dessen erster Band demnächst erscheinen soll, von Dr. Kelsch, Médecin principal de 1. classe de l'armée zum Abdruck gelangen wird.

A. Was zunächst die Jahreszeiten betrifft, so steht die Pneumonie mit diesen im innigen Zusammenhang. Alle statistischen Zusammenstellungen verlegen das Maximum der sporadischen und epidemischen Fälle auf den Ausgang des Winters oder des Frühjahrs, ein Maximum, das sich etwas verschieden gestaltet je nach der Oertlichkeit und zwar bildet der Monat März für Paris und München das Maximum, der April für Berlin, Wien und Basel, der Mai für Stockholm und Kopenhagen. Auf der anderen Seite ist die Häufigkeit am geringsten im Juli bis September und zwar im Juli für Basel, im August für Paris, Wien, Stockholm, Kopenhagen, im September für Berlin, Frankfurt, Philadelphia. Nach den statistischen Aufzeichnungen von Hirsch gehören unter hundert Fällen 34 dem Frühjahr, 29 dem Winter, 18 dem Herbst und 18 dem Sommer. Obschon die meteorologischen Einflüsse*) von entschiedenem Einfluss, so ist man über deren Einzelheiten noch nicht im Reinen. Die Angaben von Keller-Tübingen, Edlefsen-Kiel, Purjesz-Klausenburg, die behaupten, dass die jährliche Frequenz der Pneumonie im umgekehrten Verhältniss stehe mit der Menge von Niederschlägen innerhalb der verschiedenen Monate eines Jahres, bedürfen noch der Bestätigung.

B. Ausser den Jahreszeiten kommen noch Jahresschwankungen, Jahreswellen**) in Bezug auf die Häufigkeit der Pneumonie in Betracht, indem deren Niveau sich erhebt oder sinkt im Mittel während einer Periode von drei bis zehn Jahren.

C. Allgemeine Charaktereigenschaften der Epidemien der Pneumonie. Dichte Epidemien der Pneumonie kommen nicht selten vor. In der Gemeinde Lichtenau bei Tübingen zeigten sich zahlreiche Fälle von Pneumonie im Beginn des Jahres 1881. Während zu gewöhnlichen Zeiten dieses Dorf nur 18 bis 20 Fälle von Pneumonie erreicht, zählte man 43 Erkrankungen vom Anfang Januar bis 23. Mai 1881, was bei einer Bevölkerung von 6308 Seelen 2% ergibt. Die

*) Vergl. unseren Beitrag «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen» in Nr. 46 der «Internationalen Klinischen Rundschau.» Leipzig. Georg Thieme. Preis M. 4. D. Uebers.

**) Vergl. namentl. Magelsen, «Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von den meteorologischen Vorgängen.» Leipzig Georg Thieme Preis M. 4. D. Uebers.

Epidemie entwickelte sich in drei Etappen, jede von einander durch einige Tage getrennt. Sie zeigte sich gleichzeitig auf verschiedenen Punkten des Ortes, dessen Wohnhäuser sehr isolirt liegen. Eine Contagion schien nicht zu Grunde liegen. Erkältung war in keinem Falle nachweisbar und die benachbarten Orte blieben verschont.

Eine ähnliche Epidemie befiel Erbenheim. Vom 2. bis 24. November 1882 erkrankten in diesem Orte von 1500 Einwohnern 59 an Pneumonie, fünf starben, was einer Morbidität von 4% und einer Mortalität von 8·5% entspricht. Die Localisation war sehr beschränkt, indem einige Strassen ganz verschont blieben.

Im Winter 1884 herrschte eine bösartige Epidemie in Becherbach, Kreis Meisenheim, indem von einer Bevölkerung von 460 Einwohnern, 20 d. h. 4% befallen wurden und acht starben, d. h. 40%. Die Epidemie befiel insbesondere Individuen, die zuvor schon eine Pneumonie durchgemacht, ferner bejahrte Personen und Kinder, indem das mittlere Alter meist vollständig verschont blieb. Auch hier blieb die Epidemie auf den Ort beschränkt.

Auch epidemische Ausbreitungen über grössere Länderstriche sind beobachtet worden.

D. Art der Infection. Die geringe Neigung der Pneumonie, grössere Länderstriche zu befallen, sondern die Geneigtheit, sich auf bestimmte Herde zu beschränken, bringt einen zweiten Factor bei der Aetiologie zum Ausdruck, die örtliche Bedingung, welche die Infection vermittelt.

a) Infection des Bodens. Keller und Seitz glaubten ein inniges Abhängigkeitsverhältniss zwischen Häufigkeit der Pneumonie und Grundwasserstand gefunden zu haben. Auch Andere bestätigten diese Erfahrung. Unter 39 Fällen von Pneumonie, beobachtet von Alison in acht Dörfern mit schiefer Lage, gehörten 23 den Häusern des tiefsten örtlichen Standes an, Oertlichkeiten, an denen sich organische Stoffe anhäufen und wo sich die Abflüsse, welche die Dörfer durchkreuzen zu stagnirenden Pfuhlen vereinigen, nur sechs Fälle kamen auf Häuser, die hoch oder in der Mitte der schiefen Ebene lagen.

Diese Unsauberkeit des Bodens ist auch bei vielen ähnlichen Epidemien der Pneumonie als deren ätiologischer Factor angeschuldigt worden.

b) Infection der Wohnungen. Eine weitere Quelle der Infection findet sich im Innern der Wohnungen selbst. Ein Beispiel veranschaulicht Mendelsohn. Ein Kutscher von 35 Jahren bezieht am 3. April 1883 mit seiner Frau und drei Kindern eine Wohnung von entsetzlicher Unreinlichkeit. Den 20. April wird die Frau von Pneumonie ergriffen, den folgenden Tag das ältere der Kinder, einen Tag später das jüngste, das mittlere blieb verschont. Während dieser Zeit beginnt der Vater zu husten und die Pneumonie localisirt sich bei ihm den 26. April. Daneben findet sich als wichtiger Factor die Anhäufung von Menschen: wie sie auch im Folgenden zur Geltung gelangt.

c) Pneumonie in den Gefängnissen. Erschreckende Beispiele der epidemischen Ausbreitung in Gefängnissen bildet die Epidemie im Correctionshaus zu Mohringen (Hannover), wo unter 600 Insassen 83 befallen wurden und zwar 45 von jener schweren, typhoiden Form, die Leichtenstern als asthenische primäre Pneumonie beschreibt; 16 erlagen der Krankheit. Aehnliche Beobachtungen liegen von Redman über Frankfurt (Kentucky), Kerschensteiner über Amberg u. A. vor.

(Fortsetzung folgt.)

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

(Fortsetzung.)

Spinale Amyotrophie.

Die Vertheilung der Paralyse bei der spinalen Amyotrophie hängt von dem Sitze und von der Ausdehnung der Läsion in den betreffenden Segmenten des Rückenmarks ab. In den verschiedenen Segmenten der Cervical- und Lumbaranschwellung sind Gruppen von Muskeln vertreten, welche entweder functionell oder morphologisch mit einander in Verbindung stehen, im Einklange mit der Art der Entwicklung der Extremitäten. Während Remark, Yeo und ich selbst die Ansicht ausgesprochen haben, dass ein jedes Segment mit seiner entsprechenden vordern Wurzel eine functionelle Synergie darstellt, behaupten Andere (Forgue, Launegrace Herringham, Sherrington u. s. w.), dass die Gruppirung nur eine anatomische oder morphologische sei. Es ist wahrscheinlich, dass keine dieser beiden Ansichten die volle Wahrheit darstellt, und dass keine von beiden unabhängig von einander betrachtet werden darf. Die physiologische Ansicht setzt natürlich eine anatomische oder morphologische Gruppirung voraus, und vom Standpunkte der Evolution könnte man geltend machen, dass die anatomische Gruppirung durch die physiologische Synergie bedingt sei. Das Gesammtresultat einer Erregung der vorderen Wurzeln der betreffenden Segmente macht nicht, ungeachtet der Thatsache, dass anscheinend antagonistische Muskeln gleichzeitig in Wirkung treten, den Eindruck einer ungeordneten Wirkung, sondern einer deutlichen synergischen Combination, wie wir sie bei den habituellen und automatischen Handlungen der Thiere finden.

Eine functionelle Coordination dieser Art in den Rückenmarkscentren ist fast eine nothwendige Folge des Complexes der Reflexwirkungen, die man bei decapitirten Thieren auslösen kann, und es erscheint schwierig, von einem rein anatomischen Standpunkte, eine befriedigende Erklärung betreffend die Zusammensetzung der Extremitätenplexuse zu geben, es müsste denn sein, dass man von der Annahme ausgeht, dass die plexiforme Combination der Wurzeln dazu dient, um die nöthigen motorischen Fasern in verschiedenen Abschnitten an die mannigfachen Muskeln, die bei jeder functionellen Combination in Betracht kommen, abzugeben. Die meisten Muskeln werden von mehr als von einer Wurzel versorgt und sind deshalb in mehr als in einem Segmente vertreten. Die meisten haben zwei, viele drei oder mehr Wurzeln, und es ist überdies bemerkenswerth, wie in der letzten Zeit von Risien Russell[1]) gezeigt wurde, dass die motorischen Fasern aus den verschiedenen Wurzeln nicht an denselben Muskel vertheilt werden, sondern an verschiedene Theile des verwandten Muskels.

Ferner wurde — im Einklange mit der Ansicht, die Yeo und ich selbst zum Ausdruck gebracht haben, von Russell auf experimentellem Wege und von Beevor[2]) klinisch dargethan, dass ein Muskel nur in einer functionellen Combination gelähmt werden kann. Diese Thatsachen weisen darauf hin, dass die Muskeln in der Cervical- und Lumbarschwellung des Rückenmarks nicht blos morphologisch vertreten sind, sondern dass die Art und Weise wie dieselben dort vertreten sind, auch eine physiologische Bedeutung hat. Was den Effect der Zerstörung der Vorderhörner betrifft, so wird viel davon abhängen, ob die Läsion genau auf ein Segment beschränkt ist, oder ob sich dieselbe diffus auf mehrere Segmente ausdehnt.

Insoweit, als die meisten Muskeln in mehr als einem Segmente vertreten sind, kann der Effect einer Läsion, die

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—45, 48, 1893.

[1]) Phil Trans. 184 B., 1893.

[2]) Brain, Vol. XIV, p. 51.

genau auf ein Segment beschränkt ist, so gering sein, dass dieselbe der Beobachtung entgeht. Eine specielle Combination kann gelähmt werden, aber die Muskeln werden keine irgend welche Lähmung, was andere Bewegungen betrifft, darbieten und sie werden auch nicht einer wesentlichen trophischen Veränderung unterliegen. Nur, wenn die Centren der betreffenden Muskeln in allen Segmenten, in denen sie vertreten sind, zerstört sind, werden die Muskeln vollständig gelähmt und atrophisch werden. Da dies fast nothgedrungen eine Affection mehrerer Muskelgruppen involviren würde, so möchte es uns a priori sehr unwahrscheinlich dünken, dass nur ein einziger Muskel und kein zweiter einer atrophischen Paralyse in Folge centraler Läsion unterliegen kann. Es ist jedoch theoretisch möglich, dass die Kerne der verschiedenen Muskeln in dem Rückenmarkssegment so angeordnet sein können, dass sie einzeln von den verschiedenen Krankheitsprocessen mit Vorliebe befallen werden, und es wurde auch von Duchenne und anderen Autoren angegeben, dass dies thatsächlich auch vorkommt, indem solche Muskeln wie der Deltoideus und der Tibialis anticus gelegentlich bei den Spinalerkrankungen allein afficirt angetroffen werden. Aber ich zweifle sehr daran, ob es nicht einer genauern Untersuchung gelingen könnte, nachzuweisen, dass auch andere Muskeln, welche zu demselben Segmente oder zu denselben Segmenten in Beziehung stehen, bis zu einem gewissen Grade in Mitleidenschaft gezogen werden. Diejenigen unter uns, welche die betreffenden Muskeln, die in jeder Wurzel des Plexns brachialis und Plexus cruralis vertreten sind, untersucht haben, sind nicht alle zu genau denselben Schlussfolgerungen gelangt. Es kann sein, dass sich bei den verschiedenen Thieren Abweichungen finden, aber die Hauptursache für die abweichenden Resultate ist vielleicht in der ausserordentlich grossen Schwierigkeit zu suchen, welche eine Analyse aller Muskeln, die zu derselben Zeit in Wirkung treten, verursacht. Es besteht jedoch eine ziemlich übereinstimmende Ansicht über den Charakter der combinirten Bewegungen und über die Grenzen, bis zu denen die Extremitäten in den betreffenden Rückenmarksanschwellungen vertreten sind. Die inneren Muskeln der Hand sind in dem ersten (und wahrscheinlich zum Theil auch in dem zweiten) Dorsalsegment und in dem nächst höheren Segmente vertreten; und ähnlich sind auch die inneren Muskeln des Fusses in dem zweiten Sacral- und dem letzten Lumbarsegment vertreten. Daher kommt es auch, dass bei der progressiven Muskelatrophie, die in den allermeisten Fällen in dem untern Ende der Cervicalanschwellung beginnt, die inneren Muskeln der Hand zuerst ergriffen werden, und dass ihnen hierauf, in dem Masse als die Krankheit nach aufwärts schreitet, die langen Beugemuskeln und dann die Extensoren folgen, welche ihre Centren auf einem höher gelegenen Niveau haben. Und alle Muskeln des Vorderarms können gelähmt werden und zu Grunde gehen, bevor der Supinator longus ergriffen wird.

Das Fortschreiten der Krankheit findet nicht per contiguitatem der Muskeln statt, sondern per contiguitatem der Centren im Rückenmark, in dem Masse als wir von unten nach aufwärts schreiten. Andererseits, wenn die Krankheit in dem oberen Theile der Cervicalanschwellung beginnt, so werden zuerst die Scapularmuskeln, der Deltoideus und die Flexoren des Vorderarms mit dem Supinator longus, der mit ihnen synergisch mitwirkt, ergriffen, und die Muskeln des Oberarms können gänzlich zu Grunde gehen, während die des Vorderarms, mit Ausnahme des Supinator longus, normal bleiben können. In dem Masse als die Krankheit fortschreitet, widerstehen diejenigen Muskeln am längsten, welche die meisten Verbindungen mit den verschiedenen Segmenten besitzen. Dies gilt speciell vom Musculus triceps, der gewöhnlich das ultimum moriens der Armmuskeln ist. So verursachen bei der untern Extremität chronische oder acute poliomyelitische Processe, dis im untern Ende der Lendenanschwellung beginnen, eine atrophische Paralyse der inneren Muskeln des Fusses, auf die eine atrophiscbe Paralyse der Plantarreflexoren des Fusses und der Flexoren und Extensoren der Zehen folgt. Man hat oft beobachtet, dass der Tibialis anticus der Affection entgehen kann, wenn die Extensoren der Zehen und die Peronei in einer ausgesprochenen Art afficirt sind.

Es herrscht noch immer über die Beziehungen des Tibialis anticus einige Unsicherheit vor; er scheint gemeinschaftlich mit den Extensoren und Flexoren des Beines und des Fusses vertreten zu werden, und bisweilen fand man ihn zusammen mit dem Quadriceps extensor cruris, und zu andern Zeiten mit den Plantarflexoren des Fusses atrophirt. Wenn die Krankheit im obern Antheile der Lumbaranschwellung beginnt, nämlich in der Gegend des zweiten und dritten Lumbarsegments, so werden zuerst die Flexoren des Oberschenkels am Becken afficirt, und in solchen Fällen kann der Sartorius, der mit dem Ilio Psoas synergisch wirkt, unter allen Muskeln des Oberschenkels, ebenso wie der Supinator longus des Vorderarms, allein gelähmt und atrophisch werden oder, andererseits, wieder wie der Supinator longus, kann dieser Muskel der Affection entgehen, wenn die anderen Muskeln, welche von dem Nervus cruralis anterior versorgt werden, intensiv afficirt sind. Obgleich es theoretisch eben so viele Typen der Spinalparalyse geben kann, als es Segmente in den Cervical- und Lumbaranschwellungen gibt, so sind die Krankheitsprocesse selten so begrenzt, und es ist daher eher Regel als Ausnahme, dass viele Muskeln, die zu verschiedenen Segmenten gehören, in einer mehr oder weniger unregelmässigen Art afficirt werden. Die Zeit wird es mir jedoch nicht gestatten, diese Frage ausführlicher zu discutiren, und ich muss mich somit mit dieser kurzen Betrachtung der allgemeinen Principien, welche die Gruppirung der Spinalparalyse beherrschen, begnügen.

(Schluss folgt.)

Die hygienische Behandlung der erblichen nervösen Prädisposition.

Von

Dr. Mérigot De Treigny in Paris *).

(Fortsetzung und Schluss.)

IV.

Der Arzt würde, unserer Ueberzeugung nach, nur einen Theil seiner Aufgabe erfüllen, wenn er die moralische Behandlung der erblich Belasteten vernachlässigen und sich nicht bemühen würde, den Eltern begreiflich zu machen, welche wichtige Rolle die physische Erziehung bei allen zur Neuropathie prädisponirten Kindern spielt. Damit dieser Theil der Behandlung wirklich wirksam sei, ist, wie es Grasset betont hat, «eine sorgfältige und vernünftige Beobachtung der Natur des Kindes» erforderlich, behufs Feststellung der allerersten Zeichen der Dysharmonie der intellectuellen Kräfte und möglichster Wiederherstellung des gestörten Gleichgewichtes. Sobald sich eine excessive Erregung zeigt, muss alles vermieden werden, was dieselbe erhöhen oder unterhalten könnte: z. B. die Furcht. So gibt es, nach Charcot, nichts günstigeres für die Entwicklung der Neuropathie als der Glaube an Wunder und an phantastische Schilderungen, durch die man so häufig das Gehirn der Jugend in Aufregung hält.

Gegenüber Kindern, die Zeichen von übertriebenen Gemüthsaffecten und Empfindsamkeit darbieten, wird man Beweise übermässiger Zärtlichkeit und einer weichlichen Sympathie für ihre oft geringfügigen Leiden vermeiden müssen.

Der natürlichen Tendenz zum Egoismus wird man anfangs mit Ideen von Folgsamkeit, später mit jenen von Pflicht und Ergebenheit entgegentreten.

Die Willensschwäche, der Mangel an moralischer Kraft, werden, da sie die betreffenden Individuen an ihrer Selbstvervollkommnung hindern, zum Gegenstand einer besonderen Aufmerksamkeit gemacht werden müssen; durch allerlei Aufmunterungen soll man bei ihnen den Sinn für Ausdauer im

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 47, 49, 1893.

Spiele, in den Zerstreuungen, sowie im Studium und in anderen ernsten Dingen anerziehen und wach erhalten. Die Obsessionen, von denen so häufig die erblich Belasteten gequält werden, bilden eine pathologische Erscheinung: sie verdienen daher die volle Aufmerksamkeit von Seiten des Arztes.

Die geistige Erziehung muss mit grösster Vorsicht geleitet werden. Vor Allem muss man trachten, das Physische im Kinde zu stärken, als vielmehr den Geist vorzeitig zu stimuliren, der später unter viel besseren Bedingungen sich entwickeln wird. Je mehr die Lebhaftigkeit der Vorstellungskraft durch deren Vorzeitigkeit zu den glänzendsten Hoffnungen zu berechtigen, je mehr die Vorrherschaft einer geistigen Fähigkeit oder geistigen Disposition das Kind über viele anderen seines Alters zu stellen scheint, umsomehr wird man die Sorgen verdoppeln müssen: denn die allzu rasche Entwicklung einer Fähigkeit erfolgt häufig zum Nachtheile anderer und erzeugt nur eine partielle und sogar am häufigsten ephemäre Superiorität, indem der wahre geistige Werth aus der Harmonie aller geistigen Fähigkeiten resultirt. Daher muss man vor Allem bestrebt sein, diese allzu exclusiven Intelligenzen gewissermassen zu vervollständigen, indem man der Bildung des Urtheils und des moralischen Sinnes und im Allgemeinen sämmtlicher Fähigkeiten nachhilft, die im Stande sind, ein heilsames Gegengewicht zu bilden und der gesammten Hirnthätigkeit eine günstige Richtung zu verleihen.

Durch die Wahl der geistigen Beschäftigungsart, muss man verhindern, dass der Prädisponirte einem chimärischen Ideal nachjagt, das für ihn eine Quelle von Entmuthigung und moralischer Erschütterung sein würde, und, um ihm das Unangenehme eines allzu grossen Missverhältnisses zwischen einer Phantasterei und der Wirklichkeit zu ersparen, seine Intelligenz gegen die praktische Seite des Alltagslebens hinleiten und seinen Geist mit starken und standhaften Gedanken, die während der ganzen Dauer des Lebens seine Führer sein sollen, auszustatten. (Grasset).

Die Wahl des Berufes hat selbstredend eine hervorragende Bedeutung für die hier in Frage kommenden Individuen. Die Nothwendigkeit, die Arbeit und die Anstrengungen der Macht der Fähigkeiten und der Resistenz des Individuums unterzuordnen, wird uns veranlassen, darauf zu bestehen, dass eine geistige Ueberbürdung bei ihnen vermieden wird, wie diese bei den Vorbereitungen zu grösseren Prüfungen, zu Concursen vorzukommen pflegt, und dass sie von grossen Unternehmungen oder von Situationen ferngehalten werden, die eine ausserordentliche moralische Kraft und eine unaufhörliche Hirnarbeit erfordern. Alle diese Proben, die ihrem Nervensystem zugemuthet würden, könnten in der That die Entwicklung eines confirmirten neuropathischen Zustandes, insbesondere der Neurasthenie hervorufen.

Wenn man den Prädisponirten mit allen diesen Sorgen umgibt, kann man dann hoffen, in ihm die durch die Heredität übertragenen Keime zu zerstören? Zweifelsohne wäre es eine Uebertreibung, anzunehmen und zu verlangen, dass das betreffende Individuum in der Zukunft nur das sein wird, was aus ihm die Erziehung gemacht haben wird, man kann jedoch mit Recht hoffen, eine bemerkenswerthe Abschwächung des hereditären Einflusses zu erreichen, denn «die Krankheiten — wie dies Voisin richtig hervorhebt — die am meisten hereditär sind, bedürfen ausserdem häufig zu ihrer Offenbarung eines günstigen Terrains, ohne welches der Krankheitskeim unwirksam bleibt.»

Wenn allzuhäufig die nervöse Prädisposition zu einer confirmirten Krankheit führt, so rührt dies vom *milieu* selbst her, in welchem sich der Prädisponirte befindet, und vom Zusammenleben mit neuropathischen Eltern. Diese können einem solchen Prädisponirten doppelt schädlich werden: in der That fehlen ihnen die nothwendigen Eigenschaften eines guten Erziehers und überdies können sie selbst die Urheber einer Verschlimmerung der krankhaften Disposition ihrer Kinder sein und zwar durch die nervöse Ansteckung, der sie sie unaufhörlich aussetzen.

Demnach wird der Arzt in gewissen Fällen sich veranlasst sehen, die Trennung der Kinder von ihren Eltern anzurathen. Leider wird oft diese Isolirung nur schwer verwirklicht werden können, wegen der complicirten Bedingungen, die nothwendig sind, um deren Wirksamkeit sicher zu stellen. Deshalb bedeutet die Uebergabe solcher Kinder an Anstalten und Institute selten eine günstige Lösung. Wenn auch dadurch das Kind dem Einflusse der Familie entzogen und in oft vortheilhafter Berührung zu anderen Kindern gebracht wird, so sind damit doch auch Nachtheile verbunden: einestheils die ungünstigen hygienischen Verhältnisse, andererseits die Nothwendigkeit einer bestimmten Lebensweise, die augenscheinlich solchen Kindern, die eine ganz besondere Pflege nöthig haben, nicht zusagt, sowie auch der Mangel an hinreichender individueller Leitung, der nothwendigerweise aus der Unzulänglichkeit der Beziehungen zwischen dem Lehrer und dem Zögling hervorgeht.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 1. December 1893

***Prof. Neumann:** Ein Fall von zweimaliger Syphilisinfection.*
(Autorreferat.)

Ich stelle Ihnen hier einen Fall von Reinfectio syphilitica vor, welcher in Folge der scharf ausgesprochenen Symptome als besonders charakteristisch, ja geradezu typisch gelten kann, dessen Diagnose überdies durch im Verlaufe mehrerer Jahre fortgesetzte Beobachtung ausser Frage gestellt ist.

Der Kranke F. J. ist gegenwärtig 29 Jahre alt, Kellner. Er trat zum ersten Male im Jänner 1889 in Neumann's Klinik. Damals wies er im sulcus coronarius, auf das innere Blatt des Präputiums übergreifend, eine derbe Narbe, das Residuum einer vorausgegangenen geschwürigen Affection auf. Zu gleicher Zeit bestand ein ausgebreitetes grosspapulöses Syphilid, universelle Lymphdrüsenschwellung, Angina syphilitica.

Der Kranke, welcher bereits ausserhalb des Spitals 10 Einreibungen gemacht hatte, erhielt an Neumann's Klinik vier Calomel-Injectionen und wurde nach Schwund der sichtbaren Erscheinungen geheilt entlassen.

Im August 1892 fand sich der Kranke abermals an meiner Klinik ein. Ich fand am Frenulum linkerseits eine linsengrosse Narbe, deren Umgebung sich derb anfühlte. Im inguine links ein vereiterter Bubo, Periostitis der linken Tibia.

Im September 1893 abermalige Vorstellung des Kranken an meiner Klinik. Es fand sich an der Penishaut, nahe der rechten Penoscrotalfalte ein halbkreuzergrosses, scharf umschriebenes Geschwür mit etwas vertiefter, mit fest anhaftendem Belage versehener Basis; der Rand des Geschwüres, leicht elevirt und gleich dessen Grunde ziemlich derb anzufühlen. Ferner am mons Veneris zwei linsengrosse Geschwüre mit stark vertieften, drusig unebenem Grunde. Die Umgebung der Geschwüre mehrere Millimeter weit geröthet und infiltrirt. Das dorsale Lymphgefäss verdickt, die Inguinaldrüsen beiderseits wallnussgross, indolent.

Der Fall erschien mir bereits damals wegen des eigenthümlichen Aussehens der Geschwüre, der beiderseitigen starken Lymphdrüsenschwellung, des Fehlens sonstiger syphilitischen Symptome sehr auffallend und beschloss ich daher, denselben in fortgesetzter aufmerksamer Beobachtung zu halten.

Als sich nun der Kranke gemäss meiner diesbezüglichen Aufforderung Ende dieses Monates (November 1893) abermals an meiner Klinik einfand, hatte sich die Situation vollständig geklärt.

An der Stelle der früheren Geschwüre fanden sich pigmentirte, derb anzufühlende Narben. Inguinaldrüsen beiderseits multipel geschwellt, Cubitaldrüsen links vergrössert. An den Tonsillen speckiger Belag, weicher Gaumen umschrieben geröthet, an der Zungenspitze ein gelblich belegtes Plaque. An Brust, Bauch, Rücken, Vorderarmen, dicht gedrängte, linsengrosse, etwas elevirte, blassroth

gefärbte, den Spaltrichtungen der Haut entsprechend angeordnete Efflorescenzen.

Aehnliche Efflorescenzen auch im Gesichte, besonders zahlreich an der Haut des Kinnes, desgleichen in der Reihe angeordnet an der Stirne (Corona venerea). Es konnte somit keinem Zweifel unterliegen, dass es sich hier um einen Fall von echter Reinfectio syphilitica handelt. Es spricht hiefür die typische, cyclische Reihenfolge der Symptome, der recente Charakter der dermaligen Affection, nachdem die erste Infection vor fast fünf Jahren stattgefunden und Erscheinungen eines späteren Stadiums (Periostitis) bereits im August vorigen Jahres aufgetreten.

Das um dieselbe Zeit vorhandene indurirende Geschwür, in dessen Gefolge auch ein Bubo aufgetreten war, kann wohl ohne Zwang als sogenanntes «Chancroid» id est indurirendes venerisches Geschwür bei einem syphilitischen Individuum erklärt werden.

Die Reinfectio syphilitica bildet wie bekannt eine alte Streitfrage der Syphilidologen.

Kein Geringerer als **Ricord** war es, der in der ihm eigenthümlichen energischen Weise gegen die Möglichkeit einer zweimaligen Erkrankung an Syphilis Stellung nahm.

Auch **Bärensprung** und **Sigmund** sprachen sich gegen dieselbe aus: «Niemand bekommt zwei Mal constitutionelle Syphilis» behauptete der Erste, und **Sigmund** gibt an, nie in seinem Leben einen Fall von Reinfection gesehen zu haben. **Hebra** betonte stets, dass die Syphilis nicht nur schwer, sondern überhaupt unheilbar sei.

Man stellte sich vor, namentlich zu Folge der Theorie **Bärensprung's**, dass bei allen Infectionskrankheiten, der Organismus eine gewisse Immunität gegen eine neuerliche, gleichartige Erkrankung erlange. Dies gelte von der Syphilis nicht minder wie von den Blattern, dem Schanker, dem Flecktyphus, welche ebenfalls in der Regel nur einmal acquirirt würden.

Die Anwesenheit eines specifischen Virus im Körper mache diesen zur neuerlichen Aufnahme und Propagation des nämlichen Giftes ungeeignet. Es sei somit durch das Nichtvorkommen einer Reinfectio syphilitica auch das Fortbestehen und Fortwirken des syphilitischen Giftes im menschlichen Körper, das heisst die Unheilbarkeit der Syphilis erwiesen.

Zahlreiche seither in der medicinischen Literatur aller Culturnationen verzeichnete Fälle von Reinfectio syphilitica haben das Irrige dieser Behauptungen erwiesen. Immerhin dürfte man selbst bei einem so reichen Materiale, wie es den Wiener Kliniken zur Verfügung steht, nur selten einem Falle gleich dem vorliegenden begegnen, dessen einzelne Krankheitsstadien von Anfang an der wissenschaftlichen Controle unterlagen, bei welchen wir somit nicht auf Rückschlüsse, auf zweifelhafte anamnestische Daten angewiesen sind.

Gerade solche Fälle sind es, welche die Heilbarkeit der Syphilis ausserhalb jedes Zweifels stellen. Es sind zwar auch sonst jedem Fachmanne zur Genüge Fälle bekannt, in denen Kranke nach der oder jener Behandlungsmethode der Syphilis geheilt wurden und dauernd geheilt blieben.

Ich selbst könnte aus dem Kranken-Materiale, welches während des letzten Jahrzehntes meine Klinik passirte, mindestens 100 derartige, wohl constatirte Fälle zusammenstellen.

Desgleichen beobachtete ich in meiner Privatpraxis eine nicht geringe Zahl von Fällen, in welchen Individuen, die ich vor Jahrzehnten an Syphilis behandelt, seitdem vollständig symptomfrei blieben, sich auch verheirateten, ohne dass für die Gattin und die Kinder nachtheilige Folgen zu Tage getreten waren. Mehr als alle diese Erfahrungen beweist ein Fall wie der obige. Er beweist, dass um die betreffende Zeit das syphilitische Gift bereits aufgehört hat im Körper zu wirken, dass mithin bereits vollständig Heilung eingetreten ist.

Auch die interessante Thatsache, dass, wo eine Reinfectio syphilitica erfolgt ist, die folgenden Allgemein-Symptome sehr milde sind, stimmt mit dieser Annahme. Begegnen wir derselben Erscheinung ja auch bei den Blattern, respective der Vaccination. Das in den Körper gebrachte Blatternvirus immunisirt denselben für eine Reihe von Jahren gegen eine neuerliche Infection. Ist aber dieser Schutz auch nach einer gewissen Zeit kein absoluter mehr, so hat doch der Organismus durch die fortgesetzte Einwirkung des Virus eine so grosse Toleranz gegen dasselbe erlangt, dass selbst in jenen Fällen, in welchen neuerliche Infection mit Blattern erfolgte, in der Regel doch nur die leichten Formen dieser Erkrankung auftreten.

Analoge Zwecke verfolgten seinerzeit **Danieken** und **Böck** bei ihren Syphilisationsversuchen, welche zwar in Folge mancher irriger Voraussetzungen verfehlte therapeutische Experimente blieben, nichts destoweniger jedoch viel zur Ausgestaltung der Lehre von der Syphilis beigetragen haben. Ein Einwand, welcher seitens der Gegner unserer Theorie scheinbar mit Recht geltend gemacht wird, ist der, dass ab und zu Fälle von Reinfection bei Individuen beobachtet wurden, welche zur Zeit noch mit tertiären Symptomen behaftet waren.

So zeigt ein Fall von **Ducray**, neben gummösen Geschwüren an der behaarten Kopfhaut und neben multiplen, von einem ulcerösen und einem tuberkulösen Syphilid herrührenden Narben eine Sclerose am rechten grossen Labium, allgemeine Lymphdrüsenschwellung und ein universelles Syphilid, später auch Schleimpapeln am weichen Gaumen. Die erste Infection war 17 oder 18 Jahre vorher durch den Gatten erfolgt. Auch ich beobachtete zwei ähnliche Fälle, in dem einen waren Narben nach einem serpiginösen Gumma an den Unterschenkeln vorhanden, im zweiten fanden sich nebst solchen Narben noch nicht vollkommen geschwundene Infiltrate an den Oberschenkeln und Waden.

Derartige Fälle, wenn auch scheinbar in Widerspruch mit unserer obigen Behauptung, beweisen doch in der That nichts gegen dieselbe.

Es wird hiedurch vielmehr nur der Beweis geliefert, dass gewisse syphilitische Spätformen nicht mehr als eigentliche Producte des syphilitischen Virus, als locale Krankheitsprocesse zu betrachten sind, die mithin eine locale Behandlung bedürfen. Und noch ein Drittes wird durch Fälle gleich dem Vorliegenden erwiesen. Der vorgestellte Patient hat sich nur einmal einer antisyphilitischen Allgemeinbehandlung, bestehend in zehn Einreibungen und vier Calomel-Injectionen unterworfen.

Nichtsdestoweniger trat Heilung ein, ähnliche Resultate wurden von mir und Anderen mehrfach gesehen. Häufig habe ich beobachtet, dass eine einmalige entsprechend geleitete Behandlung zur dauernden Heilung der Syphilis genügte. Es ist somit erwiesen, dass zu diesem Zwecke, die namentlich von **Fournier** und seiner Schule so dringend verlangte chronische intermittirende Behandlung nicht erforderlich und mithin auch nicht nützlich sei, nachdem es auch unser therapeutischer Grundsatz sein muss, mit der möglichst geringen Quantität eines Heilmittels die möglichst grösste Heilwirkung zu erzielen.

* * *

Prof. Paltauf demonstrirt den Magen eines Selbstmörders welcher sich durch Paraldehyd vergiftet hatte. Der Magen fand sich gefüllt mit etwa $1^1/_2$ Liter Speisebrei, die vordere Wand desselben, der linke Leberlappen, Zwerchfell ganz hart, Serosa darüber trocken, die Magenschleimhaut vorne vom Pylorus bis zur Cardia gehärtet. Interessant ist, dass die hintere Magenwand keine Veränderungen zeigt; dieser interessante Befund dürfte postmortal durch die über dem Speisenbrei liegende Flüssigkeit entstanden sein. Der Fall verdient auch deshalb Beachtung, weil die Vergiftung durch ein Medicament herbeigeführt wurde.

* * *

Rg.-A. Dr. Kowalsky zeigt Photogramme von Mikroorganismen, die er im Darme eines foudroyant verlaufenden Falles von Cholera asiatica, 2 Stunden nach der Obduction, sowie in weiteren 11 Fällen, gefunden hatte. Dieselben sehen aus wie verlängerte S-Formen, stehen einzeln oder in Büscheln und machen denselben Eindruck wie die Spirillen beim Rückfalltyphus; sie lassen sich mit gesättigter Fuchsinlösung tingiren. Die Züchtung gelang nicht; bei Zimmertemperatur sterben sie meist schon am fünften Tage ab.

Prof. **Paltauf** bemerkt, dass ähnliche Bilder die aber mit der Cholera nichts zu thun haben, schon 1885 in den Fäces gefunden wurden. Es könnten diese vielleicht mit den von **Kowalsky** gefundenen Bildern identisch sein.

* * *

Prof. Urbantschitsch: *Vorstellung von Taubstummen, an denen methodische Hörübungen vorgenommen wurden.*
(Demonstration.)

Bis jetzt sind acustische Uebungen an vollständig Tauben nicht vorgenommen worden, sondern nur bei solchen, bei welchen noch ein Rest von Gehör vorhanden war. Die vom Vortragenden in dieser Richtung seit $1^1/_2$ Jahren angestellten Versuche waren von sehr guten Resultaten gefolgt.

Vortragender geht nun in folgender Weise vor: er ruft dem Taubstummen 2 Vocale, z. B. a, und i langsam und deutlich in's Ohr; derselbe hört zwar nicht das a als a das i nicht als i, aber er erhält zwei verschiedene Schalleindrücke, die er sich mit der Zeit merkt und auszusprechen bemüht. Auf diese Weise werden mit der Zeit auch die anderen Vocale, Consonanten, Silben, Worte, zuletzt ganze Sätze eingeübt. Im Anfange kennt natürlich der Taubstumme die Bedeutung der ihm zugerufenen Worte nicht, aber je nach dem Grade seiner Intelligenz lernt er mit der Zeit das Gehörte mit dem betreffenden Begriffe in Verbindung zu bringen. Mit der Zeit werden auch Worte eingeübt, denen keine Bedeutung zukommt. Nach und nach werden die einzelnen Sätze in grösserer Entfernung dem Ohre zugerufen, damit sich dasselbe an weniger intensive Schallwirkungen gewöhnte. In einigen Fällen tritt das Gehör förmlich sprungweise ein, ein anderes Mal zeigt sich wieder ein gewisser Stillstand. Wenn beide Ohren ungleich hören, kann mit der Zeit das schlechtere Ohr selbst einen grösseren Fortschritt zeigen als das andere und sogar besser hören als dieses. Kleine körperliche Indispositionen (Schnupfen, feuchte Witterung etc.) genügen oft schon, um das Gehör schlechter zu machen, resp. einen Rückschritt zu veranlassen; durch Ausdauer und oft mit sehr grosser Mühe gelangt man doch meist zum Ziele.

Zu beachten ist, dass durch längere Uebung oft eine acustische Ermüdung eintritt, so dass der Taubstumme nichts mehr percipirt; dieselbe hält aber für gewöhnlich nicht lange an. Andere wieder zeigen eine grosse Nervosität, schlafen schlecht oder ändern ihr Temperament. Es ist daher rathsam, die Uebung nicht länger als 5 Minuten auszuführen und derselben dann eine Pause von $^1/_2$ Stunde folgen zu lassen, so zwar, dass die Uebungen auf den Tag vertheilt $^1/_2$ bis 1 Stunde zusammen betragen. Dieselben können wohl eingeschränkt, dürfen aber ja nicht ausgesetzt werden! Die Stimme, mit der in's Ohr gesprochen wird, darf nicht zu stark sein, damit der Taubstumme von derselben nicht unangenehm berührt werde; Hörrohe sind daher höchst selten, und da nur im Anfange nöthig.

Gegen die Annahme, dass es sich hier um eine Gefühlswirkung handle, welche durch den Luftstrom bewirkt wird, und nicht um eine Gehörswirkung, spricht der Umstand, dass bei der acustischen Ermüdung und ebenso bei leisem Sprechen unter Zuführung eines starken Luftstromes absolut nichts gehört wird.

Bei verschiedener Stimmhöhe ist auch das Gehör verschieden, so dass der Taubstumme, wenn er an eine gewisse Stimme gewöhnt wird, dann andere schlechter hört. Es ist daher rathsam, bei den Uebungen mehrere Stimmen einwirken zu lassen.

Der Werth dieser Uebungen besteht darin, dass der Taubstumme lernt sich mit der Zeit durch die Sprache verständlich zu machen; von grösster Wichtigkeit ist, dass man demselben das Vocalgehör gibt; und wenn man schon nichts mehr, als letzteres erreicht, so ist der Vortheil ein sehr grosser. Dadurch, dass der Taubstumme in den Hörschlauch spricht, merkt er den Unterschied zwischen der eigenen und der fremden Sprache und bemüht sich, letzterer näher zu kommen.

Das Alter der Taubstummheit ist hier nicht von Bedeutung, ebensowenig ob dieselbe angeboren oder erworben ist; ja es scheint, dass die angeborene Taubstummheit mehr diesen Uebungen zugänglich ist als die erworbene. Es ist daher der Wunsch naheliegend, dass dieselben auch mit solchen Zöglingen vorgenommen werden, welche sis jetzt ganz vernachlässigt wurden. Von der Döblinger Taubstummenanstalt, sowie in Agram, Laibach u. A., wo diese Methode geübt wird, liegen bereits günstige Resultate vor.

Das Princip dieser Uebungen ist, dass der Taubstumme mit der Zeit eine S o n d e r u n g der Eindrücke vornehmen kann und langsam der Gehörsinn sich entwickelt. Bei den Taubstummen fällt auch ins Gewicht, dass bei ihnen eine Inactivität des acustischen Organes eintritt, dass sie immer schlechter und schlechter hören, weil sich Niemand mit ihnen befasst. Das Gehör muss daher stets in Activität gehalten werden. Die Uebung soll stets an beiden Ohren vorgenommen werden.

Der Director des Taubstummeninstitutes in Döbling, Herr LEFELD und der daselbst thätige Lehrer Herr KÜHNEL führen einige Taubstumme vor, bei denen das Gehör bei der Aufnahme entweder Null oder nur sehr gering war. Die acustischen Uebungen wurden bei denselben erst seit dem 15. September d. J. (alo im ganzen $2^1/_2$ Monate) vorgenommen. Die damit erzielten Resultate sind überraschend gute. Die vorgesagten Worte und Sätze werden prompt und genau nachgesagt, die an einige Zöglinge gerichteten Fragen deutlich und richtig beantwortet. *Dr. Em. Mandl.*

Wissenschaftliche Verhandlungen des Wiener med. Doktoren-Kollegiums.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 4. December 1893.

Dr. M. Köhler: *Fractura maxillae sup. complic.*
(Demonstration.)

Ein junger Mann wurde durch den Hufschlag eines Pferdes in's Gesicht getroffen, worauf er, ohne das Bewusstsein zu verlieren, erbrach und in stark anämischem Zustande dem Vortragenden vorgestellt wurde. Ablösung eines Lappens aus der Conjunctiva sclerae des rechten Auges, Durchtrennung der Lippe und des ganzen Limbus des Oberkiefers, der nur durch das Involucrum palati duri zusammengehalten wurde. Da eine Consolidation durch Knochennaht nicht möglich war, Exstirpation der fracturirten Theile, welche beide Oberkiefer betraf. Tamponade der Wundhöhle, Vereinigung der Lippe, Naht der Conjunctiva und der Wunde am oberen Augenrande. Heilung nach 25 Tagen. Um die Aufnahme von fester Nahrung zu ermöglichen, wurde eine Prothese eingelegt, welche den gewünschten Zwecken vollkommen entspricht und gut vertragen wird.

Prof. v. REDER bemerkt, dass Hufschläge meist das Gesicht treffen, wobei in den meisten Fällen der Unterkiefer fracturirt wird.

* * *

Dr. Josef Schrank, k. k. Polizeiarzt in Wien: *Das öffentliche Sanitätswesen in der Stadt New-York.*

New-York, welches mehr als 1,700.000 Einwohner hat, daher die drittgrösste Stadt der Welt ist, zeichnet sich vor vielen anderen Grossstädten durch einen ausgezeichnet organisirten Sanitätsdienst aus, welcher durch das, unserem Sanitätsdepartement im k. k. Ministerium des Innern und der k. k. Statthalterei entsprechende, «Gesundheitsamt» geleitet wird, dem noch andere Ehren- und Hilfsämter zur Seite stehen. Es bestehen eigene Abtheilungen für contagiöse Erkrankungen, welche mit der grössten Umsicht und peinlichsten Sorgfalt ihres Amtes walten; ausserdem besteht daselbst ein statistisches Bureau. Für jedes einzelne Ressort ist die Stadt New-York in, je nach Bedarf des zu versorgenden Amtes, mehr oder weniger Districte getheilt, welche von einem Inspector geleitet werden. Besondere Nachahmung verdient der I m p f u n g s d i e n s t New-Yorks; es besteht ein förmlicher I m p f z w a n g, indem kein ungeimpftes Kind in die Schule aufgenommen wird. Die die Impfung besorgenden Aerzte gehen von Haus zu Haus, zu welchem Zwecke ihnen die vegetabilische Lymphe sammt den Nadeln von mit besonderer Umsicht geleiteten Impfanstalten geliefert wird. Ausserdem besteht in New-York ein eigenes Desinfectionscorps und ein Ambulanzcorps.

Zur Hintanhaltung der raschen Ausbreitung der Diphtheritis hat New-York eigens sanitäre Einrichtungen getroffen, durch welche eine schnelle und genaue Diagnose der Diphtheritis durch rasche Anlegung von Diphtheritisbacillen-Culturen, möglich gemacht wird.

Für die Behandlung contagiöser Krankheiten hat die Stadt drei sehr gut eingerichtete und gut geleitete Spitäler.

Die Sanitätsinspection hat die Häuser zu besuchen und etwaige Gebrechen in sanitärer Beziehung aufzudecken. Die Sanitätscompagnie der Polizei hat die Wohnungen, Keller, Höfe, Kanäle, Ventilationen und Aborte zu inspiciren. Polizeiärzte in unserem Sinne existiren nicht. Das Sanitätsbureau hat seine eigene Abtheilung für Bleiarbeiten und Ventilation. Die Untersuchung der Nahrungsmittel ist eine äusserst sorgfältige, indem 4 Inspectoren für Fleisch, 1 für Fische, 2 für Früchte und 1 für die übrigen Nahrungsmittel fungiren. Einer besonderen Aufmerksamkeit erfreut sich die Milch, da mit der grössten Sorgfalt der Verfälschung derselben entgegengearbeitet wird.

Dagegen ist das Trinkwasser, welches dem Quellengebiete des Crotonflusses entnommen wird, nicht gut, da es sowohl nach chemischen Analysen als auch in bacteriologischer Hinsicht als zum Trinken nicht geeignet befunden wurde und dürften auch viele in den Sommermonaten auftretende Krankheiten auf dasselbe zurückzuführen sind.

Interesse verdient die Heranbildung des ärztlichen Standes, welche der in Europa sehr weit nachsteht. Der Eintritt in eine ärztliche Schule — deren es in New-York mehrere gibt — ist nur mittels eines von einem respectablem Arzte über den moralischen Wandel ausgestellten Zeugnis es und eines Diplomes über den Besuch einer höheren wissenschaftlichen Anstalt gestattet. Jene, welche ihre Vorkenntnisse nicht durch glaubwürdige Atteste nachweisen können, haben sich vor der Aufnahme einer Prüfung zu unterziehen, die gerade nicht rigoros genannt werden kann, da nur die Anfangsgründe in der Physik und Mathematik, verlangt werden und aus dem Englischen und Lateinischen sehr milde geprüft wird. Der Unterricht an der medizinischen Schule dauert nur 3—4 Jahre und zerfällt in die Anhörung von Vorlesungen, in der Ausführung von Laboratoriumarbeiten und in den Besuch von Spitals- und Dispensairekliniken. In die Unterrichtsgegenstände ist auch Syphilis, Dermatologie, Psychiatrie und Bacteriologie aufgenommen. Es besteht wohl volle Lehrfreiheit, aber keine Lernfreiheit. Wer die ärztliche Praxis ausüben will, muss nach abgelegter Prüfung sein Diplom dem Gesundheitsamte vorlegen. Die Stadt hat ferner eine Hebammen- und zwei Veterinärschulen. In der Apothekerschule dauert der Unterricht nur ein Jahr. Die Apotheker sind in New-York nebenbei auch Kaufleute, die alle möglichen, in eine Apotheke nicht gehörigen Handelsartikel verkaufen.

Geradezu musterhaft ist der ärztliche Nachtdienst organisirt, indem in jedem der 35 Polizeidistricte New-Yorks eine Liste der zum Nachtdienste gemeldeten Aerzte für den Bedarfsfall aufliegt. Der gerufene Arzt wird entweder von der Partei oder aus einem Fonde honorirt.

Eine Rettungsgesellschaft besteht in New-York nicht. Bei Unglücksfällen wird von der Polizei durch den nächsten Telephonkasten das nächstliegende Spital angerufen, welches an die Unglücksstätte einen Ambulanzwagen entsendet. New-York hat auch Polikliniken und Ambulatorien. Die Armen werden entweder ganz unentgeldlich oder gegen Erlag von 10 Cents für die Ordination behandelt. Neben den speciellen Frauenärztinnen gibt es auch Aerztinnen, welche auch Männer behandeln.

Eine Morgue nach französischem Muster gibt es in New-York nicht. Die Leichen kommen in Särge, welche ringsum von Eis umgeben sind. Die Todtenbeschau nimmt der behandelnde Arzt vor und erfolgt die Beerdigung auf Grund eines von ihm ausgestellten Certificates.

Die Wannenbäder sind mit den Barbierstuben verbunden, die Fussbäder sind unentgeldlich.

Die Trunksucht wird durch Strafen, die auf dieselbe gesetzt wird, sowie durch die zahlreichen Enthaltsamkeitsvereine und strengen Accisegesetze sehr eingeschränkt und durch die bestehenden Trinkerasyle, in welche sich die Trunkenbolde freiwillig oder wenn sie dazu verurtheilt werden, begeben, sehr eingedämmt.

In Bezug auf die Behinderung der Ausbreitung der Syphilis steht Amerika anderen Grossstädten sehr nach, da von Amtswegen keine geschlechtlichen Untersuchungen Syphilitischer oder auf Syphilis Verdächtiger vorgenommen wird. Es existiren in New-York keine syphilitischen Spitäler und werden Syphilitische nur dann aufgenommen, wenn ihr Leiden bereits sehr vorgeschritten ist.

Die Syphilis ist eng verwebt mit der Prostitution, die aber in New-York, sowie in Amerika überhaupt keine stehende Frage bildet, sondern mit den zugänglichsten Mitteln unterdrückt wird. Es ist dies kein Wunder, wenn man bedenkt, dass sowohl die günstigen, socialen Verhältnisse als auch die hohen moralischen Grundsätze der Amerikaner ihr jeden Boden der Entwicklung entziehen. Die Geschlechtsehre des Weibes steht dem Amerikaner sehr hoch, die Arbeitslöhne für Mädchen sind nicht niedrig, der Hang zum Müssiggange überhaupt nicht in der Natur des Amerikaners gelegen. Infolge der guten Löhne heirathen auch die Männer frühzeitig und werden daher von der Prostitution abgelenkt.

Da die Geschlechtsehre der Frau so hochgehalten wird, kommt der kriminelle Abortus trotz der strengen Strafen, die auf ihn gesetzt werden, sehr häufig vor.

Vortragender betont, dass viele Einrichtungen des öffentlichen Sanitätswesens New-Yorks von Seite Wiens Nachahmung verdienen und zu diesem Zwecke habe er den Vortrag gehalten.

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 6. Dezember 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Bum zeigt einen bereits auf dem internationalen Congresse in Wiesbaden von BELZ demonstrirten Apparat, welcher in Japan fast in jedem Hause unter dem Namen «Wärmedose» zu finden ist und zumeist bei Koliken applicirt wird. Dieser Apparat stellt eine 12 *cm* lange, 7 *cm* breite und 3 *cm* dicke Büchse aus Eisenblech dar, welche viele Luftlöcher besitzt und mit einem Stoffe überkleidet ist, welcher verhütet, dass das heisse Metall direct mit dem Körper in Berührung kommt. Die Heizung des Apparates wird durch eine Patrone besorgt, welche mit der pulverisirten Kohle einer Solanee gefüllt ist, die rauch- und geruchlos, sowie sehr langsam verglimmt. SAHLI hat mit dem Apparate bereits mehrere Untersuchungen vorgenommen und bei gewissen Formen von Perityphlitis, bei Gallenstein-Kolik und Croup gute Resultate damit erzielt. Die Temperatur bleibt 5 bis 6 Stunden ziemlich constant zwischen 45 und 50 Grad Celsius. Der Apparat ist sehr handlich und billig ($1^1/_2$ Francs sammt einem Dutzend Patronen).

* * *

Dr. Löbel* führt den am 22. Nov. vorgestellten Fall von Spontangangrän wieder vor. Das Mädchen hat auf der Hand, genau an derselben Stelle, wo das gangränöse Geschwür sass, wieder solche Blasen, welche unter dem Verbande entstanden sind. Aeussere Reize sind gänzlich auszuschliessen.

Dr. HERZ bemerkt, dass dies eine Gangrän sei, die anscheinend spontan unter dem Verbande nach Nervenverletzung entstanden sei. Auf Grund einiger Beobachtungen, die er auf der chirurgischen Abtheilung des Prof. WEINLECHNER gemacht, müsse er sich gegen den Begriff der Spontanität wenden. So trat bei einem Manne, bei welchem eine Kniecontractur bestand und bei dem bei der Streckung mittels des LORENZ'schen Apparates der Ischiadicus durchgedrückt wurde, Anästhesie und Lähmung und überall dort Gangrän auf, wo die Haut dem leisesten Drucke ausgesetzt war. Bei Durchtrennung von Nerven kann Gangrän selbst durch Druck der Bettdecken entstehen. Bei einem Mädchen, wo die Streckung durch Muskelkraft besorgt wurde, trat keine Lähmung und Anästhesie, wohl aber Gangrän nach Application eines leichten Sandsackes ein, was beweist, dass der geringste Druck oft schon im Stande ist, Gangrän zu erzeugen. In einem 3. Falle entstand Gangrän an der Stelle, wo der Verband sass. Der Körper ist daher nicht gegen jede Schädlichkeit durch den Verband geschützt, sondern dieser kann selbst als ein Trauma wirken. Und auch in dem von LÖBEL vorgestellten Falle könnte es sich um eine Gangrän handeln, welche durch einen stärker drückenden Verband hervorgerufen wurde.

---

*) Siehe Nr. 48 dieses Blattes: Wiener medicinischer Club, Zwei Fälle von Spontangangrän. *Dr. Em. Mandl*

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 30. October 1893).*

(Schluss.)

Prof. **Mendel** hält die Behauptung des Vortragenden, die sich auch in den meisten Lehrbüchern findet, dass die Epilepsie im späteren Alter eine ungemein seltene Krankheit sei, für durchaus nicht richtig. Gelegentlich der Naturforscherversammlung in Nürnberg hat er auf Grund seiner eigenen Erfahrung 904 Fälle von Epilepsie zusammengestellt, von denen 53 nach dem 40. Lebensjahre entstanden sind. Unter diesen 53 Fällen befanden sich 3 mit der Herzkrankheit. **Mendel** ist nicht im Stande, sich einen direkten ätiologischen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Herzfehler zu construiren. Beide sind recht häufig, und daher ist es nicht auffällig, wenn beide einmal zusammen vorkommen. Der Procentsatz, in welchem Herzfehler bei Epilepsie vorkommen, ist kein so hoher, dass man ein spezielles ätiologisches Moment heranziehen müsste. Auch kann **Mendel** die Chorea nicht als Uebergangsmoment gelten lassen. Seine eigenen Erfahrungen sprechen nicht für ein übermässig häufiges Vorkommen von Herzfehlern bei Chorea. Der Zusammenhang lässt sich so construiren, dass das Gift, welches den Herzfehler gesetzt hat, auch die Chorea hervorruft. Im übrigen wissen wir nichts Genaueres über den Vorgang, welcher die Chorea hervorruft. Wenn aber bei Epilepsie ein Herzfehler besteht, so kann dieser sehr wohl geeignet sein, die Epilepsie zu verschlimmern. Therapeutisch hat **Mendel** in solchen Fällen eine Verbindung grosser Dosen Brom mit Digitalis gegeben und in einzelnen Fällen ein sehr günstiges Resultat erreicht, so dass z. B. in einem Falle die Anfälle jahrelang wegblieben. Die Seltenheit der epileptischen Anfälle in dem mitgetheilten Falle und ihr nächtliches Auftreten sind in der That zwei Merkmale für Epilepsia tarda.

Prof. **Leyden** hält sich für berechtigt, nach seinen Erfahrungen einen Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Epilepsie zu vermuthen, wenngleich sich ein ganz stricter Beweis nicht führen lässt. Nach **Stokes** treten auch in den Fällen von Bradykardie zuweilen epileptiforme Anfälle, häufiger aber Ohnmachten auf. Hier liegt die Vermuthung nahe, dass durch die sehr verlängerte Diastole des Herzens eine Anämie des Hirns sich einstellt, welche gelegentlich in einen epileptischen Anfall übergehen kann. Ohnmachten sind auch bei anderen Herzkrankheiten nicht selten. Epilepsie mit Herzkrankheiten hat **Leyden** wiederholt beobachtet.

Dr. **Jastrowitz** betont die Schwierigkeit, Epilepsie mit Herzkrankheiten in Zusammenhang zu bringen. Allerdings ist es eine Thatsache, dass man bei Epilepsie nach Alkoholismus etc. nach dem Tode häufig eine sehr starke Herzhypertrophie findet. Die plötzlichen Todesfälle bei Epileptikern sind durch Insufficienz des sehr stark vergrösserten Herzens bedingt. **Jastrowitz** hat diese Herzhypertrophie auch bei ganz jugendlichen Individuen gefunden. Es ist ganz unmöglich, hier eine Entscheidung zu treffen. Von besonderer Bedeutung ist in dem **Rosin**'schen Falle die vasomotorische Störung. **Jastrowitz** hat in einigen Fällen von Fettherz ganz kurze Ohnmachtsanfälle mit leichten Zuckungen beobachtet. Immerhin möchte er doch die Bestimmtheit, mit welcher die Herzkrankheiten mtt Epilepsie in Zusammenhang gebracht sind, bezüglich ihrer Berechtigung anzweifeln.

Dr. **Stadthagen** erinnert an die epileptoiden Zufälle, welche durch Veränderungen der nasalen Schwellkörper entstehen. Es ist ihm in einer Anzahl von Fällen gelungen, durch rasche Beseitigung der Anschwellung mittels Cocains die Anfälle zu kupiren. Es erscheint sehr wohl möglich, dass bei schwankender Herzthätigkeit zuweilen auf diesem Wege epileptoide Anfälle begünstigt werden.

Dr. A. **Baginsky**: Bei Kindern, bei denen man sehr häufig die Entwicklung der Epilepsie von den frühesten Stadien an beobachten kann, ist es eine ganz alltägliche Erscheinung, dass die Attacken zunächst des Nachts einsetzen, ohne dass Herzaffectionen mit im Spiele sind. **Baginsky** hat trotz sorgfältigster Untersuchung keinen Zusammenhang von Herzaffection mit Epilepsie bei Kindern constatiren können. Noch viel weniger kann die Chorea in dieser Beziehung verwerthet werden. Man sieht relativ häufig Chorea mit Epilepsie. Beides sind zwei ganz verschiedene Affectionen. **Baginsky** glaubt nicht an einen directen Zusammenhang zwischen Herzfehlern und Epilepsie.

Prof. **Leyden** theilt ergänzend mit, dass er einen exquisiten epileptischen Anfall bei Stenose des Ostium aortae beobachtet habe; Patient ist schliesslich in einem solchen Anfall gestorben. Ueber den Zusammenhang von Chorea mit Herzkrankheiten kann kein Zweifel bestehen. Nicht selten beobachtet man besonders nach Endokarditis das Eintreten von Chorea. Dieselbe Ursache möchte **Leyden** für beide Affectionen nicht annehmen, da die Chorea sich doch erst als Nachkrankheit nach Rheumatismus und Endocarditis entwickelt. Allerdings kommen beide auch gleichzeitig vor. **Mockel** vertrat die Meinung, dass die Chorea überhaupt von der Endocarditis abhängt.

Prof. **Mendel**: Wenn auch zweifellos Aortenerkrankung zugleich mit Epilepsie bestehen kann, so braucht deshalb noch kein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden zu bestehen. **Mendel** hat eine grosse Zahl von Choreafällen ohne jede Herzaffection beobachtet. Die Schwellkörper der Nase, welche eine so grosse Rolle in der modernen Therapie spielen, sind natürlich auch bei der Epilepsie nicht unangefochten geblieben. **Mendel** hat zahlreiche Epileptiker gesehen, bei denen die Schwellkörper der Nase ausgebrannt worden waren, der durch diese Manipulation geheilt ist; wohl aber ist in einem Falle die vorhandene Disposition dadurch zum Ausbruch des epileptischen Anfalls verstärkt worden.

Dr. **Stadthagen**: Der letzte Fall beweist gerade, dass ein Zusammenhang zwischen den Schwellkörpern der Nase und der Epilepsie besteht und regt zu den erwähnten therapeutischen Massnahmen an.

Prof. **Mendel**: Jedes Trauma ist im Stande, bei vorhandener Disposition Epilepsie hervorzurufen. Ein Beweis für die Beziehung der Schwellkörper der Nase zur Epilepsie liegt nicht vor.

Dr. **Jolly** weist noch auf eine andere Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Epilepsie und Herzfehlern hin. Bei einigen von ihm behandelten Epileptikern war der Zusammenhang zweifellos durch Embolieen gegeben. Bekanntlich finden sich bei der Section von Epileptikern an verschiedenen Stellen des Gehirns Narben, Erweichungsherde und Sclerose, welche wohl im Anschluss an Herzfehler entstanden sein mögen. Andererseits werden unzweifelhaft durch anämische und hyperämische Zustände des Hirns gelegentlich einzelne Herzfehler ausgelöst; aber dieses Verhältniss ist ein sehr seltenes.

Prof. **Gerhardt** hat schon vor Jahren die Ansicht ausgesprochen, dass bei lange bestehender Epilepsie Herzhypertrophie sich entwickelt. In vielen Fällen von Chorea, in denen unter Steigerung der Convulsionen und der Temperatur der Tod erfolgt, findet sich bei der Section eine frische Endocarditis der linken Herzklappe. Nicht selten entwickelt sich erst eine Herzaffection und dann Epilepsie, oder umgekehrt. Dagegen kommen Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen hier und und da bei hochgradigen Stauungszuständen vor, und ebenso nach heftigen stenocardischen Anfällen. Auch doppelseitige Hirnarterienembolieen bringen einen epileptischen Anfall hervor. Auch bei Kranken mit ungewöhnlich entwickeltem **Cheyne-Stokes**'schen Phänomen, namentlich bei allen Leuten mit Arteriosclerose hat **Gerhardt** Bewusstlosigkeit und Convulsionen beobachtet.

Dr. **Litten** constatirt, dass Chorea sehr häufig in Folge von acutem Gelenkrheumatismus bei bestehender Endocarditis auftritt, häufig nach Scarlatina, seltener nach Diphtherie und noch seltener bei Gravidität. Fast immer war ein Zwischenstadium zwischen diesen Krankheiten und dem Ausbruch der Chorea nachzuweisen, so dass in Bezug auf den zeitlichen Verlauf zunächst die Scarlatina, bezw. die Gravidität, dann die Gelenkaffection und Endocarditis und endlich die Chorea auftrat. **Litten** hat in einer ziemlich grossen Zahl von tödtlich verlaufenen Fällen von Chorea, bei welchen während des Lebens Endocarditis nicht nachweisbar war, bei der Section ausnahmslos frische Endocarditis an den Mitralsegeln gefunden. Bei 6 Herzkranken traten nach Embolieen Choreaanfälle auf, an denen sie zu Grunde gingen.

Dr. **Rosin**: In der französischen Literatur sind Epilepsien bei Greisen mitgetheilt, bei denen sich eine sehr starke Arteriosclerose der grossen Gefässe des Hirns fand, welche jedesmal auf Circulations-

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Mediz.-Zeitung» Nr. 91, 1893.

störungen zurückgeführt wurden. Auch bei Morbus Basedowii ist Epilepsie beobachtet, für welche man ätiologisch die abnorme Blutcirculation verantwortlich gemacht hat. In dem von ihm mitgetheilten Falle hat nachweislich in der Jugend keine larvirte Epilepsie bestanden.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Beitrag zur Myopie-Frage.

Von **Dr. Boleslaw Jankowsky.**

Aus der Augenklinik in Bern.

Verlag von Carl Sallmann, Basel und Leipzig 1893.

Die geistreiche Theorie STILLING's, die dieser für die Myopie aufgestellt, hat Verfasser einer genauen Nachprüfung und statistischer Controlle unterzogen und ist dabei zur Bestätigung des Satzes gelangt, dass der Bau des Gehirnschädels und auch der der Orbita die wichtigsten Momente für die Entstehung der Myopie abgeben. Damit ist auch die Heredität gleichfalls vom antroprologischen Standpunkte erwiesen, wobei aber Verfasser zugiebt, dass ausser den ererbten Qualitäten eine ganze Reihe anderer, zum Theile noch unaufgeklärte Momente zur Entwicklung der Myopie beitragen. Die Untersuchungen sind mit grosser Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit ausgeführt. *Dr. Alfr. Pollak.*

Lungenemphysem und Kurzathmigkeit.

Von **Dr. Michaelis.**

Heuser's Verlag, Neuried.

Eine etwas breite, an Wiederholungen reiche Darstellung der Lehre vom Emphysem, die nichts Neues bringt. Den grössten Theil des Buches macht das Capitel Therapie aus. Dieses ist im Grossen und Ganzen ein Versuch, die in letzter Zeit mit Recht in Misscredit gerathene pneumatische Therapie zu retten. Den Schluss des Buches bildet eine 12 Seiten umfassende Darstellung der Diät und des Tagesregimes für Emphysematiker, die eventuell der Curarzt mit Nutzen verwenden kann. Jedoch ist bei Anwendung derselben Vorsicht geboten, denn es finden sich darin Sätze, wie der folgende: «Namentlich Austern und Caviar besitzen eine grosse Reproductionsfähigkeit an Blut und Gewebe», S. 67, oder «Schwarzer Kaffee ist ein sogenanntes Sparmittel, welches den Stoffwechsel verlangsamt, die Müdigkeit verscheucht und eine ausgibige Assimilation der Nahrungsstoffe vermittelt», S. 70. *Dr. R. Kolisch.*

Sehproben

zusammengestellt von **Dr. Albrand.**

Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1893.

Verfasser hat die nahezu allerwärts gebräuchlichen SNELLEN-schen Sehproben ohne essentielle Aenderung in einer sehr zweckmässigen und handlichen Form veröffentlicht. Die zum Lesen für die Nähe nöthigen Proben sind alle auf einem Blatte vereinigt, indem Verfasser bei den grossen Typen sich mit einzelnen Buchstaben begnügte, welche auch vollkommen genügen und das dickleibige Buch SNELLEN's ersetzen.

Jeder, der mit Sehproben viel zu thun hat, wird den Uebelstand beklagen, dass die für die Nähe bestimmten Tafeln durch Anfassen mit den Fingern seitens der zu Untersuchenden beschmutzt und dadurch bald gebrauchsunfähig werden. Dem hat der Autor einfach dadurch abgeholfen, dass er die Tafel mit einem farbigen Pappendeckelrahmen umkleben liess.

Auch die für die Ferne bestimmten Tafeln sind sehr nett und zweckentsprechend adjustirt.

Es ist schon aus ökonomischen Gründen die Anschaffung dieser neuen Sehproben sehr empfehlenswerth. *A. P.*

Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Lues.

Von **Dr. F. Mracek,** Docent und k. k. Primararzt in Wien.

Separat-Abdruck aus dem «Archiv für Dermatologie und Syphilis» 1893 Ergänzungsheft II.

Obgleich die thatsächliche Existenz einer Syphilis des Herzens bereits in den Fünfziger Jahren durch genaue Beobachtungen und Beschreibungen von RICORD (1845) später von LEBERT und VIRCHOW, wissenschaftlics begründet erschien und seither Fälle von Herzsyphilis zu wiederholten Malen zur Mittheilung gelangten, so gebührt doch dem rühmlichst bekannten Autor das grosse Verdienst, in der vorliegenden umfassenden Arbeit, gestützt auf eine exacte pathologisch-anatomische Forschung, sowie unter kritischer Würdigung des einschlägigen Materials aus der Gesammtliteratur, als erster von der Lehre der Syphilis des Herzens eine erschöpfende wissenschaftliche Darstellung gegeben zu haben.

Das dem pathologisch histologischen Studium des Verfassers zu Grunde liegende Material entstammt dem reichen Schatze des Wiener pathologischen Instituts und betrifft 5 Fälle acquirirter, sowie 24 Fälle hereditärer Syphilis in welch' letzteren es sich allerdings nur 4 Mal um typische Producte der Syphilis handelte. Die einschlägigen Beobachtungen aus der Gesammtliteratur, von welchen sich sicher 51 auf Syphilis des Herzens beziehen lassen (unter 80 Fällen mit Obductionsbefunde) finden sich mit seltenem Fleisse in chronologischer Aufeinanderfolge auszugsweise mitgetheilt, an deren kritische Erörterung Verfasser die ausführliche Beschreibung seiner eigenen Befunde anschliesst.

Entsprechend den Herzabschnitten unterscheidet Verfasser eine Pericarditis, Myocarditis und Endocarditis syphilitica.

Die syphilitische Erkrankung des Pericards kommt selbständig nur selten vor, meist begleitet sie die myocarditischen Processe und betrifft das visecrale Blatt des Pericards mit dem epicardialen Binde- und Fettgewebe. Entsprechend den Formen der Myocarditis lässt sich eine fibröse productive Form mit zelliger Infiltration, Gefäss und entzündlicher Bindegewebsneubildung (welch' letztere sich bei längerem Bestande in Narbengewebe umwandelt) und eine gummöse Form unterscheiden, welch' letztere — isolirt — zu den grössten Seltenheiten gehört.

Die Gummata des Myocards kommen an allen Theilen des Herzens besonders aber an der Wand des linken Ventrikels vor und gehen stets mit Peri- oder Endocarditis des betreffenden Abschnittes einher, sie werden meist in weit vorgeschrittener regressiver Metamorphose (Fettdegeneration mit Verkäsung) angetroffen, die mit consecutiven Veränderungen in der Umgebung vergesellschaftet ist. Ob am Herzen Verhaltung der Gummen und der sie umgebenden Schwielen eintreten kann, erscheint fraglich, ebenso ist es zweifelhaft, ob solche Ablagerungen je zur Resorption gelangen können oder ob sich aus Erweichung und Durchbruch eines Gumma sich ein acutes partiales Herzaneurysma entwickeln kann.

Die Myocarditis fibrosa nimmt meist von dem die feinsten Gefässe umgebenden und intermusculären Bindegewebe seinen Ausgangspunkt, stellt sich in Form röthlich-grauer sehnig glänzender Stränge und Platten dar und kann sich im Anschlusse an syphilitische Entzündung oder auch an Necrose in Folge von obliterirender Endarteritis syphilitica, entwickeln.

Als bedeutsamer Folgezustand tritt bei gänzlicher Entartung der Wände die Bildung partialer Herzaneurysmen auf (meist in den Fällen in welchen die Schwielenbildung der Herzwand auf obliterirende Gefässprocesse zu beziehen ist) welche in der Mehrzahl der Fälle die Herzspitze einzunehmen pflegen.

Die syphilitischen Veränderungen am Endocard, sind fast ausnahmslos als ein vom Myocard fortgeleiteter Process aufzufassen und lassen sich als Endocarditis parietalis und Endocarditis valvularis differenziren. Die Endocarditis parietalis bildet einen ziemlich umschriebenen Process, welcher der Ausbreitung einer gummösen oder fibrösen Myocarditis folgend, sich über kleine Abschnitte, seltener über die ganze Herzhöhle ausdehnt, und histologisch, je nachdem der Process vorgeschritten ist, verschiedene Stadien von der kleinzelligen Infiltration bis zur Schwielen- und Excrescenzen-Bildung zeigen kann. Das Endocard der Papillarmuskeln wird auf derselben Weise ergriffen, wie jenes der Wandungen.

Die Endocarditis valvularis syphilitica entwickelt sich entweder in Folge von syphilitischen Entzündungsprocessen, die sich in der Wand der Ostien etabliren oder aber von einem anderen Herzabschnitte beginnend in dieselben hineinreichen und zu mehr oder weniger ausgebreiteten Alterationen der Klappen wie: Verdickung, Verschrumpfung, Verdrängung, etc. derselben führen.

Isolirte Veränderungen der freien Flächen und Ränder der Klappen in der gewöhnlichen Form von Excrescenzen oder Auflagerungen oder Perforationen werden nach der Ansicht des Verfassers fälschlich für syphilitischs Endocarditiden erklärt, sie entsprechen vielmehr rheumatischen und ulcerösen Endocarditiden, wie sie im Gefolge mannigfacher Infectionskrankheiten auftreten und wohl nur als Complicationen bei Syphilitikern aufzufassen sind.

Bezüglich der feineren histologischen Details sei auf die Originalarbeit hingewiesen, deren Studium für all' diejenigen, welche der Frage näher treten wollen, als unentbehrlich bezeichnet werden muss.

Der klinische Theil des Themas findet eine nur ganz flüchtige Erörterung, was bei der heute noch höchst mangelhaften Kenntniss der Symptomatologie der Herzsyphilis nur gerechtfertigt erscheint.

Dr. G. Nobl

Zeitungsschau.

Niels R. Finsen: Eine neue Behandlung der Pocken mittelst der Lichtstrahlen des Sonnenspectrums. (Sem. méd. No. 59. 1893. — Allgem. med. Central-Ztg. Nr. 89. 1893.)

Verfasser, ein junger dänischer Arzt, früher Prosector der Anatomie bei der medicinischen Falcultät zu Kopenhagen, stellt seit einiger Zeit originelle Heilversuche der Pocken mittels eines Verfahrens an, welches darin besteht, den Kranken der chemischen Wirkung der Sonnenstrahlen auszusetzen. Diese Frage hat ihn zu Resultaten geführt, welche er in einer grösseren Arbeit jüngst veröffentlicht hat. Er gibt zunächst einen kurzen historischen Rückblick auf alle die Arbeiten, welche für die Begründung seiner Theorie von Werth sind. 1867 berichtet Blak über vorzügliche Heilresultate, welche er während einer Pockenepidemie in England dadurch erzielte, dass er verhinderte, dass die Sonnenstrahlen direct die Kranken beschienen.

Unter dem Einfluss der Dunkelheit hatte die Krankheit einen gutartigen Verlauf selbst bei Personen, welche niemals vorher geimpft worden waren. Die Pusteln fielen ab, wenn sie eitrig geworden. Eiterfieber wurde nicht beobachtet. Diese Beobachtung wurde bestätigt durch Waters und Barloff, welche 4 Jahre später die von Blak empfohlene Methode fortsetzten. In neuerer Zeit ist dieselbe Methode von Galavardin benutzt worden.

Die von diesen verschiedenen Autoren mitgetheilten Resultate stimmen vollkommen mit einander überein und es geht aus denselben hervor, dass die vollkommene Abgeschlossenheit von der Einwirkung des Sonnenlichts eine wesentliche Erleichterung und Abkürzung des Krankheits-Verlaufes verbürgt. Allerdings ist es nothwendig, dass die Abgeschlossenheit von den Sonnenstrahlen eine continuirliche und vollkommene ist. Das geringste Versehen kann zu einer Verschlimmerung des Leidens führen.

Dass das Sonnenlicht auf die normale Haut einen gewissen Reiz ausübt, ist eine bekannte Thatsache; derselbe wechselt zwischen leichter Röthe und Blässebildung bis zur Desquamation (erythema solare, eczema solare); wenn das Sonnenlicht nun auf die gesunde Haut eine so mächtige Wirkung auszuüben vermag, so ist leicht einzusehen, dass es eine erkrankte Haut, wie es z. B. bei Pockenkranken der Fall ist, im wesentlichen Masse beeinflussen kann. Die Wirkung des Lichts auf die gesunde Haut hat man den Wärme erzeugenden Strahlen des Spectrums zugeschoben.

1859 dagegen wies Charkoff nach, dass die von den Sonnenstrahlen ausgehende Wirkung einzig und allein von derjenigen Partie des Spectrums herrühre, welcher die chemische Kraft des Lichts zukommt. Die Untersuchungen wurden dann später durch Versuche von Wittmark bestätigt. Waren es also die chemischen Strahlen des Sonnenspectrums, welche den Hautreiz verursachten, so musste man folglich annehmen, dass dieselben Strahlen die kranke Haut des Pockenkranken in ungünstiger Weise beeinflussen. Von dieser Erwägung ausgehend, hatte nun Finsen die Idee, die Pockenkranken in der Weise zu behandeln, dass er die chemisch wirkenden Theile des Sonnenspectrums eliminirte. Dies führte er in der Weise aus, dass er an den Fenstern der Räume, in welchen sich Pockenkranke befinden, rothe hermetisch schliessende Gardinen anbringen lässt, oder dass er die gewöhnlichen Scheiben durch rothe Scheiben ersetzte.

Im Verlaufe der letzten Pockenepidemie in Bergen haben nun zwei norwegische Aerzte die Finsen'sche Methode versucht. Aus den Berichten des einen derselben geht hervor, dass die mittels des von Finsen empfohlenen Verfahrens erzielten Resultate identisch sind mit denjenigen, welche man erhält, wenn man die Variolakranken in absolute Dunkelheit bringt. Es geht also auch daraus hervor, dass bei dem Variola-Ausschlag die chemischen Strahlen des Sonnenspectrums einen schädlichen Einfluss ausüben.

Die Wirkung der Behandlung besteht darin, die Variolapusteln zu verhindern, eitrig zu werden. Sie trocknen schnell ab und es kommt nicht zu Eiterfieber, vielmehr tritt eine schnelle Vernarbung der Pusteln ein. Dieses therapeutische Verfahren kann vielleicht auch für die Behandlung anderer Hautkrankheiten angewandt werden.

Dr. A. Haslund, Oberarzt des städtischen Hospitals in Kopenhagen. **Ueber die Entstehung der tertiären Syphilis.** Ein klinischer Vortrag. Monatsh. f. prakt. Dermat. XVI, 3. — Deutsche Medizinal-Zeitung Nr. 79, 1893.)

Bekanntlich wird nur die Minderzahl aller syphilitisch Inficirten von tertiären Symptomen befallen; Verfasser schätzt sie nach seinen Erfahrungen auf etws 12%, bei ziemlich gleicher Vertheilung auf beide Geschlechter. Bei weitem am häufigsten fand er tertiäre Syphilis innerhalb der ersten vier Jahre nach der Ansteckung, indess ist bei Männern ihr Auftreten bis zum zwölften Jahre nicht ungewöhnlich, während sie bei Frauen bereits jenseits des sechsten Jahres beträchtlich seltener zu werden scheint. Als ihre wichtigste und häufigste Ursache betrachtet Verfasser den Mangel einer richtigen Quecksilbercur im secundären Stadium. Von 791 mit tertiären Erscheinungen behafteten Personen, welche während der letzten 10 Jahre im städtischen Hospital in Kopenhagen Aufnahme fanden, waren 231 niemals vorher specifisch behandelt worden, 461 hatten ungenügende, nur 99 ausreichende Curen früher durchgemacht. Als sonstige Ursachen, welche das Auftreten eines tertiären Stadiums begünstigen, gibt Verfasser an: chronischen Alkoholismus, das gleichzeitige Vorhandensein anderer chronischer oder infectiöser Krankheiten, Inficirung im höheren Alter, Zustände, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, z. B. Sorgen, die aus anderen Breitegraden eingeführte Syphilis, vorhergegangene oder nachfolgende Infection mit Malaria oder irgend einem anderen klimatischen Fieber, Idiosynkrasie oder Intoleranz des Individuums gegen Quecksilber. Unter den 99 früher anscheinend ausreichend Behandelten waren nur 24, bei denen sich keine derartige Ursache nachweisen liess; Verfasser vermuthet, dass bei ihnen doch auch irgend ein therapeutischer Fehler, vielleicht die Anwendung einer für den speciellen Fall nicht passenden Methode der Quecksilbercur anzuschuldigen sein möchte.

Was die Localisation der tertiären Affectionen betrifft, so waren befallen: die Haut 453 Mal, das Knochensystem 212 Mal, das Nervensystem 200 Mal, die Schleimhäute 151 Mal, innere Organe 47 Mal. Während Knochensystem und Schleimhäute bei Frauen etwas häufiger ergriffen gefunden wurden, als bei Männern, zeigte sich das umgekehrte Verhältniss in weit ausgesprochenerem Masse bezüglich des Nervensystems, welches bei 454 Männern 14 Mal, bei 337 Weibern nur 56 Mal afficirt war. Der Grund hiefür ist vielleicht in dem Missbrauche von Alkohol und Tabak seitens der Männer zu suchen. Dass Fournier in seiner Statistik das Nervensystem überhaupt viel häufiger erkrankt fand, als der Verfasser, erklärt sich wohl aus der Verschiedenheit des Beobachtungsmaterials, dort vorwiegend Patienten aus den höheren Ständen, hier ausschliesslich Hospitalkranke. Warum die tertiäre Syphilis bei dem einen Individuum dieses, bei dem anderen jenes Organ befällt, lässt sich natürlich nicht immer feststellen. Bei vielen Per-

sonen treten die Symptome an Oertlichkeiten auf, an denen auch wiederholt secundäre Erscheinungen vorhanden waren, was wohl darauf hindeutet, dass an der betreffenden Stelle Krankheitskeime zurückgeblieben sind, die durch irgendwelche Ursache zu neuer Activität angeregt werden. Einen solchen Anstoss scheinen nicht selten Traumen zu geben; so lassen sich z. B. Gummata der Zunge, der Hoden oft auf Verletzungen dieser Organe zurückführen. Aber anderweitige pathologische Zustände, sowie die hereditäre Disposition zur Erkrankung bestimmter Organe, besonders des Nervensystems, spielen ohne Zweifel, indem sie Loci minoris resistentiae schaffen, bei der Localisation der tertiären Syphilis eine erhebliche Rolle.

Richardière: Die Pocken bei Tuberculösen. (Union méd. 1893. Nr. 37. — Centralblatt f. klin. Med. 1893. Nr. 40.)

Die Beobachtungen RICHARDIÈRE's über die Pocken bei Tuberkulösen lassen sich zusammenfassen:

1. die Lungentuberkulose verschlechtert die Vorhersage der Pocken bedeutend. Von 4 Tuberkulösen mit Variola starben drei;

2. zwei Phthisiker erlagen der hämorrhagischen Umwandlung der Pocken während der Eiterungszeit;

3. der dritte starb an konfluirenden Pocken;

4. von den 4 Kranken waren die 3 an Pocken verstorbenen im zweiten, der 4. überlebende im dritten Stadium der Phthisis. Die Vorhersage der Pocken bei den Phthisikern scheint also nicht unmittelbar von dem Grade der Lungenerkrankung abzuhängen, sondern vielmehr in Beziehung zum Grade der Eruption zu stehen;

5. bei den Phthisikern, die die Pocken überlebten, setzte das tuberkulöse Fieber während des Anwachsens der Pocken aus. Die Temperaturcurve wurde bis zur Genesung die von regelmässigen Pocken bei einem sonst gesunden Wesen.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Nürnberg.

Dr. A. Frankenburger: Beitrag zur Casuistik und Aetiologie der primären Genitaltuberkulose des Weibes. (Münch. med. Wochenschrift 17/93. — Deutsche Medicinal-Zeitung, Nr. 84, 1893.)

Fälle von primärer Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates sind bis jetzt selten constatirt worden. Der Verfasser beobachtete einen solchen und theilt die Krankengeschichte und das Sectionsprotocoll mit. Der Fall ist besonders dadurch interessant, dass die Tuberkulose auf den Genitalapparat beschränkt blieb und bei Eintritt der den Exitus letalis herbeiführenden Miliartuberkulose eine tuberkulöse Veränderung in anderen Organen noch nicht eingetreten war. Auch das Peritoneum zeigte sich, abgesehen von den acut miliaren Herden frei von tuberkulöser Erkrankung. Die Infection dürfte also — so folgert Verfasser — direct von aussen in den Geschlechtsapparat gelangt sein. Für die Möglichkeit dieses Vorganges sprechen nach Verfasser die Untersuchungen von JANI und SCHUCHARDT, von welchen ersterer in dem Hoden- und Prostatagewebe Tuberkelbacillen constatirte, letzterer im Urethralsecret von an Gonorrhöe erkrankten Männern in sechs Fällen zweimal neben dem Gonococcus auch Tuberkelbacillen fand. In der That gelang es auch dem Verfasser bei dem Manne, welcher in geschlechtlichem Verkehr mit der Patientin gestanden hatte, Residuen einer linksseitigen pleuritischen Erkrankung zu entdecken, woraus er Verdacht auf bestehende Tuberkulose und Uebertragung derselben per coitum schöpft. Referent erinnert bei dieser Gelegenheit daran, dass HERMANN WEBER schon in der vorbacillären Zeit eine Statistik von achtzig Ehen phthisischer Individuen veröffentlicht hat, durch welche er beweisen konnte, dass die gesunden Frauen phthisischer Männer häufiger an Tuberkulose zu Grunde gehen als umgekehrt. Er erklärte sich dieses auffallende Verhältniss damit, dass das tuberkulöse Virus weniger durch Exhalation als durch die Samenflüssigkeit übertragen wird, sei es direct durch Resorption oder auch indirect durch den Fötus.

Aus der II. med. Universitätsklinik in Berlin.

C. Gerhardt: Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40, 1893.)

Zur Diagnostik der Gallensteinkolik gehört vor Allem die geschwulstartige Ausdehnung der Gallenblase in Folge Verlegung des gemeinsamen Gallenganges.

Die Geschwulst findet sich meist etwas nach Aussen vom Rande des rechten Musc. rectus und kann bei grosser Ausdehnung zur Verwechslung mit Echinococcusblasen, Krebsknoten oder mit in Folge gummöser Lebersyphilis abgeschnürten Leberlappen Anlass geben.

Andererseits kann die vorübergehende Verlegung des Gallenganges auch durch Spulwürmer, Leberegel oder durch sich zeitweise steigernden Druck von entzündlichen Ausschwitzungen und Geschwülsten des Pankreaskopfes hervorgerufen werden.

Die Geschwulst kann jedoch auch bei nicht vollständiger Verlegung des Duct. choledochus durch den Stein oder bei Schrumpfung der Gallenblase nach länger dauernder Gallensteinkrankheit fehlen.

Auftreten derselben bei Gallensteinkrankheiten lässt den Kolikanfall vorhersagen; Verschwinden der vorhanden gewesenen Geschwulst lässt auf Beendigung des Anfalles schliessen.

Als weiteres diagnostisches Merkmal der Cholelithiasis bezeichnet Verf. das nach heftigen, länger dauernden Anfällen regelmässig in der Gallenblasengegend auftretende peritoneale Reiben, das mit der Athmung auf- und absteigt, hie und da gefühlt, leichter mit dem Sthetoskop gehört werden kann.

Diese umschriebene Entzündung des Bauchfelles erklärt den nach einem heftigen Anfalle zurückbleibenden, von der eigentlichen Kolik wohl unterschiedenen Schmerz, gegen welchen die Eisblase bessere Dienste leistet, als die vorher wohlthuende Wärme.

Diese Entzündung der Serosa setzt sich sehr selten von dem Leberüberzug durch das Zwerchfell auf die Pleura fort, d. h. Pleuritis ist eine seltene Complication der Cholelithiasis während dagegen Typhlitis sich nicht so selten zu einem länger dauernden Kolikanfall hinzugesellt.

Während länger dauernder Anfälle kommt es auch manchmal unter Fiebererscheinungen zur Schmerzhaftigkeit und Anschwellung der ganzen Leber (mit oder ohne Gelbsucht), was dann deutliche Vorwölbung der Lebergegend, Sichtbar- und Fühlbarwerden des Leberrandes zur Folge hat.

Wenn nach mehreren anscheinenden Anfällen von Gallensteinkolik Steine im Stuhl, Reibegeräusch in der Gallenblasengegend und auch im Anfalle selbst Vergrösserung der Gallenblase fehlen, darf mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausgeschlossen und nervöse Leberkolik (wie sie bei Tabes, Hysterie, multipler Sclerose vorkommt) als Ursache betrachtet werden. *B. S.*

Wright: Ueber specielle Einwirkungen des Alkohols auf den Organismus. (Journ. of Amer. Med. Assoc., XXI., 14.)

Die mannigfachen Störungen, welche der Alkohol im Organismus hervorruft, beziehen sich auf das Nervensystem, auf das Blut und auf die Gewebe, insbesondere der drüsigen Organe.

1. Eine der ersten Folgeerscheinungen der acuten Alkoholintoxication ist Verlust der Coordination der Bewegungen, wie sie sich in dem taumelnden Gange des Berauschten und in dem Unvermögen äussert feinere Arbeiten, wie Schreiben, Nähen auszuführen, bei höheren Graden in Lähmung des ganzen Körpers übergehend. Die Augen rollen unstät umher; durch Lähmung des vasomotorischen Centrums entsteht congestionirtes Aussehen. Davon verschieden ist das Bild, welches der periodische Trinker darbietet, so oft er neue Excesse in Baccho begeht, wo demnach der Alkohol, in grösserer Menge genossen, schon auf ein depravirtes Nervensystem einwirkt. (Quartalsuff?) Hier ist das Gesicht blass, die Züge scharf ausgeprägt, der Blick stier, die Sprache abgehackt, die Bewegungen gezwungen, aber coordinirt. Dieses Bild hat mit den Erscheinungen des Shok manches Gemeinsame. In seiner Stimmung

ist ein solcher periodischer Trinker auch während der nüchternen Intervalle unberechenbar, zu plötzlichen Erregungszuständen geneigt. Die eigentlichen Trinkparoxysmen erscheinen blos als Episoden einer schweren Allgemeinerkrankung der Psyche. Auf diesem Boden wird sich progressive Demenz leicht entwickeln können.

Andere Störungen im Bereiche des Nervensystemes treten unter dem Bilde der Alkoholneuritis auf, anatomisch durch körnige Degeneration des Nervenmyelins gekennzeichnet, der Blei- und Arsenikneuritis nahe verwandt, zumeist im Gebiete des Nervus plantaris, tibialis anticus, des N. musculo-cutaneus localisirt. Subjectiv macht sich diese Neuritis durch zeitweilig auftretende, stechende Schmerzen, vorerst in den Beinen bemerkbar (lancinirende Schmerzen, Alkoholtabes). Aehnliche Veränderungen im Bereiche der Sinnesnerven mögen die häufigen Halluncinationen der Trinker mitverursachen und besitzen dadurch forensisches Interesse. Die chronischen Bronchialkatarrhe der Trinker, desgleichen den unglücklichen Verlauf, den Säuferpneumonien zu nehmen pflegen, führt Autor auf Localisation der Neuritis im Vagusgebiete zurück.

2. Der Alkohol übt weiters einen verderblichen Einfluss auf das Blut, indem er zum Theile eine feste Verbindung mit den rothen Blutkörperchen eingeht, welche dadurch Schrumpfung und Veränderungen ihrer Farbe mit zweifelloser Schädigung ihrer Function erleiden. Einmal sind sie nicht mehr im Stande die nothwendige Sauerstoffmenge aus den Lungen aufzunehmen. Das so entstandene Sauerstoffdeficit des Organismus wird noch um jene Sauerstoffmenge vergrössert, welche für die Verbrennung des überschüssigen Alkohols in Anspruch genommen wird. So erklärt sich zwanglos sowohl die bei Trinkern häufige Dyspnoe, als auch die Neigung der Organe zur Verfettung, durch ungenügende Oxydation des eingeführten Fettes und nachträgliche Ablagerung desselben in den Organen unmittelbar veranlasst.

Mangelhafte Oxydation der Stoffwechselproducte gibt auch ein prädisponirendes Moment für die bei Trinkern häufige harnsaure und rheumatische (?) Diathese ab.

Andererseits können die rothen Blutkörperchen auch ihrer Aufgabe, die im Körper angesammelte Kohlensäure zu sammeln und in den Lungen auszuscheiden nur unvollkommen nachkommen. Die im Organismus zurückgehaltene Kohlensäure erzeugt dann schwere Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen und wieder Athemnoth.

Eine andere Folgeerscheinung ungenügender Oxydationsvorgänge ist Herabsetzung der Temperatur, worauf schon die Klagen der Alkoholiker über Kältegefühl und Frösteln hinweisen. Im Zustande der Volltrunkenheit wurde ein Absinken der Temperatur um 8° F beobachtet. Wenn es sich darum handelt die temperaturherabsetzenden Eigenschaften des Alkoholes therapeutisch zu verwerthen, ist nach WRIGHT die externe Anwendung in Form von Einreibungen mit verdünntem Weingeiste der innerlichen Darreichung von Alkohol vorzuziehen, weil dadurch bei gleichem therapeutischen Erfolge (?) die schädigende Einwirkung des Alkohols auf das Blut ausgeschaltet werden kann.

Ein Theil des Alkohols circulirt ungebunden im Organismus des Trinkers, zeitweilig durch Erbrechen ausgeschieden, durchtränkt alle Gewebe und vermischt sich mit den serösen Flüssigkeiten. Im Gehirne kann dieser freie Alkohol den Ausbruch von Delirium tremens unmittelbar veranlassen.

3. Die Folgen der schädlichen Einwirkung des Alkohols auf die Gewebe selbst, bestehen in Degeneration der drüsigen Elemente der Organe bei anfänglicher Hyperplasie und späterer Schrumpfung des Bindegewebes, klinisch als Lebercirrhose, Nierenschrumpfung, Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut charakterisirt.

Trophische Störungen im Vagusgebiete mögen bei der Entstehung der fettigen Degeneration des Herzens mitbetheiligt sind. Der Verlust der Elasticität, welchen die Arterienwände und auch der Klappenapparat des Herzens erleiden, gibt zur Dilatation des Herzens in Folge Ueberfüllung desselben mit Blut, Anlass. *W. Sch.*

William Moser: Die Pathologie des Diabetes mellitus. (The New-York medical journal vom 28. October 1893, LVIII, 18.)

Verfasser ist der Ansicht, dass die Krankheitsbilder, die wir unter dem Namen Diabetes zusammen zu fassen pflegen, nicht immer einer gemeinschaftlichen Ursache ihre Entstehung verdanken. Man hat eine Zeitlang geglaubt in Veränderungen des 4. Ventrikels das ursächliche Moment für die in Rede stehende Krankheit gefunden zu haben, ohne dass jedoch diese Vermuthung bei Obductionen ihre Bestätigung gefunden hätte. Veränderungen im Gehirn, wie Blutungen, Entzündungen, welchen man gleichfalls eine causale Bedeutung beigelegt hatte, sind viel mehr als Folgen, denn als Ursachen aufzufassen.

SANDERS und HAMILTON fassen das diabetische Koma als abhängig von Fett-Embolien in den Lungen-Capillaren auf. In der That hat man oft eine lipämische Beschaffenheit des Blutes bei Zuckerkranken gefunden und Verfasser will selbst einen Fall gesehen haben, wo das in einem Gefässe aufbewahrte Blut eines Diabetikers eine dicke Schichte Fett absonderte. In solchen Fällen wäre das Vorhandensein von Fett-Embolen erklärlich. Er hat weiter beobachtet, dass diese lipämische Beschaffenheit des Blutes einherging mit verschiedenartigen — atrophischen und hypertrophischen — Veränderungen im Pankreas und glaubt daher, wenigstens für eine gewisse Reihe von Fällen einen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Pankreas einer- und dem Diabetes andererseits annehmen zu können. *A. P.*

Louis F. Love: Ueber den Ursprung des Glaukoms und dessen frühzeitige Behandlung. (The journal of the Amer. med. Association 28. octobre 1893, XXI, 18.)

Theoretische Erwägungen und praktische Erfahrungen veranlassen den Autor, anzunehmen, dass das Glaukom, wenn auch nicht in allen, so doch in vielen Fällen eine Krankheit rein nervösen Ursprungs sei. Er glaubt, dass die sympathischen Nerven, welche die Muskulatur der Augengefässe dirigiren, in krankhaftem Sinne beeinflusst, Drucksteigerung und alle die subjectiven Erscheinungen, die wir als «Glaukom» zusammenfassen, hervorrufen können. So erklärt er sich die wohl constatirten Fälle, bei denen nach einem Affecte — meist peinlicher Natur — die Prodromalsymptome des Glaukoms auftraten.

Haben nun schon frühere Verfasser die Möglichkeit einer nervösen Entstehung des Glaukoms betont, so ist doch Verfasser der erste, der diese Thatsache in therapeutischer Hinsicht praktisch zu verwerthen sucht. Wenn es nämlich, meint Verfasser, ausser Zweifel ist, dass bei einmal gestellter Diagnose die Iridectomie und das Eserin souveräne Mittel sind, bleibt doch eine stattliche Reihe von Fällen übrig, bei denen anderweitige therapeutische Massnahmen von Erfolg sein werden. Es betrifft das Kranke, bei denen unbestimmte nervöse Symptome dem Geübten den nahen Ausbruch eines Glaukoms verrathen. Da fordert nun Verfasser auf, mit allgemeinen diätetischen Massregeln, mit Electricität und mit tonisirenden Mitteln vorzugehen, und so die Krankheit des Auges im Keime zu ersticken. Verfasser hat auf diese Weise öfters glückliche Resultate zu erzielen gehabt, namentlich einmal durch Ordination einer längeren Seereise. *A. P.*

G. Durduffi: Ueber die Tripperinfection als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. (Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 15—30. — St. Petersburger medicinische Wochenschrift Nr. 38. 1893.)

Verfasser gibt eine Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle von Affection des Nervensystems bei Gonorrhoe. Die neueren Erfahrungen weisen darauf hin, dass es ausser einer localen Infection, auch eine allgemeine blenorrhagische Infection gibt, er schlägt vor die allgemeine Infection mit dem Namen «Morbus blenorrhagicus» zu belegen und unterscheidet eine acute und chronische Form. Das Nervensystem ist gewöhnlich in 2 Formen afficirt: Neuritis multiplex und Meningo-Meylitis.

Cantieri (Porto S. Stefano): **Speichelsteine.** (Gazz. d. Ospita 30. Sept. 1893).

Ein Patient, B . . . Filippo, Grundbesitzer, kam in die Ordination CANTIERI's mit einer enormen Schwellung der rechten Wange. Der Tumor erstreckte sich über der Regio parotidea bis zum Kieferwinkel und über dem Halse; die Haut darüber war roth, schmerzhaft und warm. Fieber 39°. Unmöglichkeit den Mund zu öffnen. Es wurden Waschungen mit Sublimatlösung und Eisapplicationen verschrieben. Am dritten Tage förderte Patient aus dem Munde einen 2 *cm* langen, halbzirkelförmigen, harten Stein heraus von der Dicke eines dicken Spagats und von gelblicher Farbe. Die Stelle, aus welcher der Stein sich ablöste, war leicht zu erkennen, entsprechend den unteren Schneidezähnen. Es scheint, dass Patient auch am vorhergehenden Abend einen ähnlichen Stein ausgestossen habe. Man fuhr in der Application von Eis und in der Anwendung von desinficirenden Collutorien fort. Es trat vollständige Heilung ein.

Abgesehen von den bekannten chirurgischen Behandlungsmethoden, wie die Erweiterung des Ductus Stenonianus oder Ductus Whartonianus und die directe Incision über den Concretionen, erfolgt für gewöhnlich die Ausstossung des Steines in spontaner Weise in Folge eines suppurativen Processes der betreffenden Drüse. — Der Fall CANTIERI's würde ein Beweis dafür sein, dass die Elimination eines Speichelsteins auch ohne Eiterungsprocess erfolgen kann. *A. D.*

Cantieri (Porto S. Stefano): **Primäres Carcinom des Gehirns.** (Gazzetta d. Ospit. 1893, Nr 114).

Ein 50jähriger Mann litt vor 7 Jahren an einer Otitis purulenta und an einer nicht sicher bestimmten Affection des Harnapparates. Mit einem Male empfand er das Gefühl des Einschnürens am Halse und einen lebhaften Schmerz am Scheitel des Kopfes; diese Schmerzen traten seither in Paroxysmen auf und dauerten mit einem Intervall von 2 bis 3 Monaten zwei Jahre lang. Während der schmerzhaften Anfälle zeigten sich auch Krämpfe von zwei- bis dreistündiger Dauer: es folgte hierauf jedes Mal ein Depressionszustand, wobei der Kranke von einem allgemeinen Zittern ergriffen wurde. Da Patient auch an Hallucinationen und psychischen Störungen litt, so wurde er als Geisteskranker in eine Irrenanstalt internirt. Verlust des Sehvermögens. Keinerlei Störung im Bereiche der Sensibilität und Motilität. Kachexie.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Hirncarcinom. Im Mai d. J. war der Schmerz am Kopfe nicht mehr so heftig, aber es trat von neuem Hämaturie auf und stellte sich ein unüberwindbares Erbrechen ein; darauf folgte hohes Fieber und Diarrhoë.

Patient starb am 3. Juni. Bei der Autopsie fand man im rechten Stirnlappen einen weichen taubeneigrossen Tumor mit allen Charakteren des Encephaloïds.

STAAR hat auf 300 Fälle von Hirntumoren bei Kindern nur 6 primäre Carcinome des Hirns constatirt (Med. News 1889). Zu bedauern ist, dass in dem Falle CANTIERI's die histologische Untersuchung unterblieben ist, durch die allein die klinische Diagnose hätte bestätigt oder geläugnet werden können. *A. D.*

J. Muttermilch: Ueber die Natur des Trachoms. (Annales d'oculistique I. 1893.)

Die gegenwärtig herrschenden Anschauungen über die Natur des Trachoms hält Verfasser für unrichtig. In der vorliegenden Publication entwickelt Verfasser seine eigenen Ansichten über das Trachom, die er auf Grund anatomischer Untersuchungen gewonnen hat. Vom anatomischen Standpunkte aus haben wir bei verschiedenen chronischen Conjunctivitiden mit einen und denselben Veränderungen zu thun. Follikel können bei allen Entzündungen der Conjunctiva vorkommen, denn sie stellen ja nur das Resultat einer mehr ausgesprochenen Infiltration des adenoiden Gewebes dar, welche unter dem Einflusse mannigfacher Ursachen entstehen kann. Folglich lässt sich nach der Form, Grösse und Lage der Follikel das Trachom von anderen Entzündungen an der Conjunctiva nicht unterscheiden und das um so weniger als Beobachtungen vorliegen, nach welchen während der Trachomepidemien alle möglichen Uebergänge von leichten zu den schwersten Formen der follikulären Entzündung constatirt worden sind. Bacteriologisch lässt sich ebenalls das Trachom von anderen follikulären Conjunctivitiden nicht unterscheiden: Ein specifischer Mikroorganismus wurde bis nun nicht nachgewiesen. Im Gegentheil verschiedene Formen von Conjunctroitis können durch einen und denselben Mikroorganismen hervorgerufen werden. Es hängt Alles ab von der Prädisposition der Schleimhaut; ungünstige hygienische Verhältnisse, mangelhafte Ernährung etc. kommen da auch in Betracht.

Verfasser negirt somit vollständig die infectiöse Natur des Trachoms für gesunde Menschen. Dafür sprechen auch die klinischen Beobachtungen einerseits und der Verlauf des Trachoms andererseits.

Zur Begründung der Ansicht, dass das Trachom keine selbstständige Erkrankung darstellt, dass es sich aus leichten Conjunctivitiden und ohne Mikroorganismen entwickeln kann, wendet sich Verfasser zu den anatomischen Veränderungen der Schleimhaut. Beim Trachom haben wir mit derselben Infiltration des adenoiden Gewebes zu thun, welche auch bei anderen Entzündungen der Conjunctiva vorkommt und ist im ersteren Falle mehr ausgesprochen und hält länger an, was zur Folge hat, dass die Elemente zum Theil zerfallen und resorbirt werden und zum Theil gehen sie in ein faseriges Gewebe über, wodurch das adenoide Gewerbe derber und trockener erscheint: Die Zellen nehmen den Charakter von Epidermoidalelementen an.

Diese Veränderung der Schleimhautepithelien in epidermisähnliche Zellen charakterisirt den Anfang des Trachoms. Indem solche Zellen unter den mannigfachsten Umständen leicht zerstört werden, verursachen sie eine stärkere Infiltration, Ulcerationen der Cornea. Das adenoide Gewebe wird mehr und mehr faserig, das Epithel mehr und mehr epidermisähnlich und diese Veränderungen führen dahin, dass die Oberfläche der Conjunctiva von einem Epithel, von einer Epidermis bedeckt wird. Das ist der Ausgang des Trachoms. Da die Veränderungen des adenoiden Gewebes immer in derselben Weise sich gestaltet, so meint Verfasser, dass jede Entzündung der Conjunctiva in ein typisches Trachom übergehen kann.

Was das epidemische Auftreten des Trachoms betrifft, so erklärt Verfasser dasselbe nicht etwa durch Infection (denn ein gesunder Mensch kann von einem trachomatösen nur eine leichte, vorübergehende Entzündung acquiriren) sondern in folgender Weise:

Wenn bei einer grösseren Anzahl von Individuen eine acute Entzündung der Conjunctiva auftritt, so kann diese Entzündung, wenn ungünstige hygienische Verhältnisse herrschen, in ein Trachom übergehen. *Rosenstadt.*

Palmer: Die Behandlung der oberen Luftwege bei Syphilis. (Americ. Praction. XVI, 201).

Bei der Einleitung einer antiluetischen Behandlung ist dem Zustande der oberen Luftwege ein besonderes Augenmerk zuzuwenden. Scorbut, Stomatitis, schadhafte Zähne, Vergrösserung der Tonsillen, sind prophyilaktisch sorgfältig zu behandeln. Desgleichen sind die Nasengänge genau zu inspiciren, wobei zu bemerken ist, dass schon in frühen Perioden der Syphilis leichtere Veränderungen der Nasenschleimhaut häufig zu finden sind. PALMER empfiehlt neben dem Gebrauche von Salzwasser, verdünntem Chlorwasser und chlorsaurem Kali sehr warm die Anwendung der hinteren Nasendouche mit einer Mischung von DOBELL'scher Lösung und 15% Wasserstoffsuperoxydlösung zu gleichen Theilen. Der Entlerrung der oft enormen Mengen zersetzten Eiters folgt meist ein Gefühl grosser Erleichterung. Eventuell kann man zuerst mit 1% Cocainlösung anästhesiren.

Bei Gummen der Nasenscheidewand kann durch heroische Anwendung von Quecksilber mit localer täglicher Application von concentrirter Höllensteinlösung der drohenden Perforation besser, als durch die gewöhnliche Jodbehandlung vorgebeugt werden. *W. Sch.*

Dr. E. Monin (Paris): **Einige Worte über die Behandlung der chronischen Krankheiten.** (Société d'Editions scientifiques 1893.)

Die Abweichung der Ernährung von der Norm bildet den gewöhnlichen Zusammenhang, die «Ursache der Ursachen» sämmtlicher chronischer Krankheitsmanifestationen. Diese Auffassung scheint eine endgiltige wissenschaftliche Errungenschaft zu sein. Auch heute kommt man auf die alte humorale oder galenische Theorie der Diathesen zurück.

Der medicinische Fortschritt will sagen: die Entdeckung der Mikroben hat diese alte Lehre der Ernährungs-Chemiatrik, die man für ewig todt glaubte, wieder an die Oberfläche gebracht. Die unbestreitbare Folge der Wiedergeburt dieser Lehre ist die Verjüngung der Therapie der Elimination von «heterogenen Körpern» durch die verschiedenen Emunctorien.

Die Mehrzahl der chronischen Affectionen fordert eine Ableitung und Reinigung des Darmes. Das Unglück ist, dass man, um dieser gebieterischen Indication zu entsprechen, gerne über den abführenden Zweck hinausgeht: Der Arzt überlegt es sich nicht genug, dass er es mit erschöpften, blutarmen oder wenigstens dystrophischen Individuen mit geringem Widerstand zu thun hat, bei welchen es eine grosse Unvorsichtigkeit ist, eine allzu schwächende oder selbst störende Säfteentziehung einzuleiten. Die Meister der Heilkunst empfehlen in diesen Fällen den Gebrauch des natürlichen Hunyadi János Mineralwassers, dessen substituirende Kraft weit davon entfernt ist, den Organismus zu entnerven und abzuschwächen sondern im Gegentheil tonisirt und regenerirt.

Antiphlogistisch und ableitend wirkend, stimulirt dieses Wasser in unübertrefflicher Weise den Stoffwechsel und begünstigt die neoplastische Resorption. Die Folge davon ist das Verschwinden der Blutstauungen und der Flüssigkeitsergüsse. Die viscerale Steatose wird durch die Natriumsalze oxydirt. Die Gifte, Mikroben, Ptomaïne, die schädlichen Producte aller Art werden eliminirt und selbst die Uricämie wird überwältigt.

Hat nicht SEMMOLA in Neapel nachgewiesen, dass viele urämische Erscheinungen, ferner BRIGHT'sche Krankheit selbst von einer Reizung der Nierenelemente durch toxische Excretionsproducte herrühren? Bei veralteten Krankheiten der Eingeweide und insbesondere bei Stauungen im Pfortadersystem konnte jedes andere Abführmittel schädlich werden durch Hervorrufung jener hartnäckigen Diarrhoën, welche die Atonie und die Erschöpfung erschweren und steigern. Der regelmässige Gebrauch von Hunyadi János bekämpft wirksam sämmtliche Bradytrophien (Gicht, Rheumatismus, Asthma, Harnsteine, Eczem, Diabetes, Neurosen, etc.). Die Wirkung der Natrium-, Magnesium-, Jod- und Lithiumsalze modificirt die Vitalität und beeinflusst die parenchymatösen Läsionen Dank der Bildung von löslichen Doppelsalzen, die durch die Einnahme eines polymetallischen Wassers in Verbindung mit einem wahrhaften mineralischen Serum veranlasst wird.

Die Vitalität bei chronischen Kranken hebt sich in Folge der reconstituirenden Wirkung des Eisens, das, gelöst oder gebunden an Natrium- oder Magnesiumsulfaten und an Chlorüren, unter den günstigsten Assimilationsbedingungen sich findet, um die Asthenie zu bekämpfen, — indem das martiale Präparat im ausgiebigen Masse durch die Tausenden von desobstruirten Aufsaugungsmündungen eindringt: Gesteigerte Combustion, Gleichgewicht im Nervensystem, reineres, frischeres, oxydirteres Blut — das sind die gewöhnlichen und nächsten Resultate der Anwendung des Hunyadi János.

Bei frischen Cardiopathien, rheumatischen Ursprungs, da, wo es nothwendig ist, den Gefässen ihr fehlendes Tonus wiederzugeben und so eine der häufigen Ursachen des Widerstandes und der Erschwerung der Herzaffectionen zu unterdrücken, denken Sie an die unerreichbare mineralische Zusammensetzung der ungarischen Quelle, an deren Affinität zu unseren Zellen, die sie einzig durch ihr Dynamismus zu modificiren und reinigen vermöchte, indem sie nach der Elimination tonisirt und die Regression der lymphoiden Vorgänge ebenso wie die Ausstossung der Harnsäure und der Urate begünstigt.

BORDEU sah als unheilbar jedes Uebel an, das den Mineralwässern Widerstand leistete. Wenn dieser grosse Arzt das Wasser, von dem eben hier die Rede ist, gekannt hätte, dann würde er sich von dessen gleichmässigen Thätigkeit sowohl bei frischen Krankheiten als auch bei veralteten functionellen Störungen überzeugt haben.

Es ist heute eine unleugbare Thatsache, dass Hunyadi János die Blutkörperchen belebt, das Blutserum mehr consistent, und das Eiweiss weniger gerinnbar macht; dass ferner diese Heilquelle die Assimilation fördert.

Einem trachytischen Boden entstammend ist das Hunyadi János bemerkenswerth wegen der Constanz seiner Principien und vor Allem wegen seiner desobstruirenden, milden und sicheren Wirkung, seiner auflösenden und reinigenden Eigenschaften, und seiner Toleranz für magenkranke Individuen.

Alle diese Eigenschaften sind wie geschaffen für die Behandlung der Mehrzahl der chronischen Krankheiten ohne ausgesprochene organische Entartung, namentlich der Deuteropathien, die die Töchter des Lymphatismus und des Arthritismus sind, und die heutzutage Legion sind! Denn dieses natürliche Wasser regt die Ernährung in wunderbarer Weise an, und diese seine Eigenschaft ist um so höher anzuschlagen, da sie sich verbindet und übereinstimmt mit dem auffallendsten antiphlogistischen Vermögen. *D. T.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Paracelsus und Vesalius.

Zwei Typen.

Von **Dr. Max Neuburger**.

Der erfrischende Luftstrom, welcher im Reformationszeitalter die Culturatmosphäre durchdrang und den Moder scholastischer Denkweise verscheuchte, musste auch auf die, im jahrhundertlangen Stillstande verharrende Medizin belebend und neuverjüngend einwirken. Die Reformation löste den Bann, der wie ein Alp auf den Geistern lastend, den Arbeiten zahlreicher Generationen den Stempel der Unfruchtbarkeit aufdrückte, sie zerstörte den Tempel des Autoritätsglaubens und schuf der freien Forschung Bahn.

Aber der Umschwung vollzog sich auf wissenschaftlichem, namentlich medizinischen Gebiete langsamer als auf dem religiösen, es währte noch geraume Zeit, bis sich die Geister den Fesseln des Dogmatismus zu entziehen vermochten; denn nicht Ideen an und für sich, sondern nur Ideen, welche neuentdeckten Thatsachen entsprungen, sind geeignet, wissenschaftliche Systeme zu stürzen. Noch mehr! Damals hatte sich der Glaube an die Unfehlbarkeit der Lehrsätze GALEN's so tief eingenistet, dass man lieber Thatsachen leugnete, als jene Thesen in Zweifel zog.

Man verfolgte mit blindwüthendem Fanatismus jene Männer, welche im Wohlgefühl der freien Forschung die Lehrmeinungen der Alten anzutasten wagten und die Fundamente zu einer Neuschaffung der Heilwissenschaft legten. Doch vergeblich suchten die Verfechter des starren Galenismus den kühnen Schöpfern einer medizinischen Renaissance zu wehren, umsonst verketzerte die weitgebietende Pariser Facultät, der Hort des Autoritätsglaubens, die Werke der Neuerer — eine frische, folgenreiche Zeit brach unaufhaltsam heran. Wenn auch das, was die Reformatoren geleistet, zum grossen Theile vom heutigen Standpunkte nicht mehr discutirt werden kann, so geziemt es doch den Epigonen, das Princip zu ehren, welches sie verkörperten.

Ganz besonders gilt dies von dem Luther der Medizin, dem grossen PARACELSUS, dessen Bedeutung nicht blos den Zeitgenossen, sondern auch die Nachwelt zu würdigen wusste. Selten standen sich überschwängliche Werthschätzung einer- und unsägliche Missachtung andererseits so sehr gegenüber wie in der Beurtheilung dieses wunderlichen und doch genialen Mannes, welcher von den Einen für den weitblickendsten Propheten, von den Anderen für den tollsten und böswilligsten Charlatan ausgegeben wurde. Seine Werke sind wegen ihrer absonderlichen und dunklen Schreibweise von fachmännischer Seite noch nicht hinlänglich geprüft worden, dass ein endgiltiges Urtheil gesprochen werden könnte, unbestritten

aber verrathen sie einen starken, selbstbewussten, unabhängigen Geist; er hatte, gleich seinen berühmten, auf religiösem Gebiete wirkenden Zeitgenossen etwas Ursprüngliches, Unbegreifliches, Mirakulöses, um mit Heine zu sprechen, etwas Schauerlich-Naives, etwas Erhaben-Bornirtes, etwas Unbezwingbar-Dämonisches an sich.

Sein Ruhm, der Erste gewesen zu sein, der mit Wucht und Schärfe dem Dogmatismus medizinischer Bonzen gegenübertrat und nicht wie diese seine Argumente den Büchern, sondern dem Leben entnahm, darf nicht geschmälert werden, mag man über die sonstige Bedeutung seines Wirkens wie immer denken.

Anders steht die Frage, welche praktischen Resultate PARACELSUS zum Aufbau der medizinischen Forschung lieferte. In dieser Hinsicht lässt sich ausser der Bereicherung des Arzneischatzes und Einflussnahme auf die Behandlungsweise einzelner Krankheiten nichts von dauerndem Werthe hervorheben. PARACELSUS war, so praktisch er sich geben will, mehr speculativer Natur. Er war gross im Zerstören hervorgebrachter Vortheile und falscher Lehrgebäude, vermochte aber der Wissenschaft durch Eigenes keinen dauernden Ersatz zu bieten, und — unbeschadet seiner Genialität — blieb sein Schaffen im Ganzen ein unfruchtbares, weil es auf speculativen, dem Neuplatonismus entnommenen Ideen aufgebaut war und mit dem Zusammenstürzen dieses luftigen Gerüstes selbst wiederum untergeben musste.

Er glich dem Meteor, das mit augenblicklichem Glanze am Horizonte dahinfährt und nicht dem wohlthätigen Fixstern, der dauernd Licht und Wärme ausstrahlt.

PARACELSUS gehört zu jenen gewaltigen Denkern, welchen stets das grosse Ganze vorschwebt und welche, weil sie nicht an der Erscheinung haften bleiben, Detailarbeit geringschätzen.

Naturwissenschaften bauen sich gerade auf emsiger Einzelarbeit auf, wenn sie auch grosser, herrschender und leitender Ideen nicht entbehren können, welche den Fingerzeig für die Methode der Forschung abgeben. Daher kommt es, dass dort, wo Induction und Deduction ihre Macht entfalten, wie in Kunst und Philosophie der Gedankenflug des Genis ein ganzes Zeitalter zu übereilen vermag, während in Erfahrungswissenschaft nur allgemach der emsige Fleiss der Zeit sichere und dauernde Ergebnisse zu bringen im Stande ist. Will der kühne und speculativ veranlagte Denker auch hier wahrhaft Nützliches leisten, dann muss er seine Natur verleugnend sich dem allgemeinen Interesse unterordnen und dem ungestümen Drang der Gedanken Einhalt gebieten oder nur solchen Theorien Raum geben, welche inductiv aus Erfahrung und unter steter Controlle derselben abgeleitet werden können.

PARACELSUS war, trotzdem er selbst sagt: «Nicht aus der Speculativa Theorica sol Practica fliessen, sondern aus der Practica Theorica», von einer Theorie also deductiv ausgegangen und erblikte Alles im Lichte resp. im mystischen Halbdunkel des Neu-Platonismus. Dieser beherrschte so sehr sonst sein klares, natürliches Denken, dem durchaus nicht der Mutterwitz des Volkes fehlte, dass er zu den absurdesten Widersinnigkeiten gerade in logischer Schlussfolge gelangte, wenn er auch an Ideen seinem Jahrhunderte vorauseilte, welche in späterer Zeit aber in einer ganz anderen Weise als er ahnte, realisirt wurden.

So erfüllte ihn der Gedanke, die Grundlage der Medizin müsse die Erkenntniss des Lebens bilden, weshalb er auch geradezu als Schöpfer der physiologischen Medizin angesehen werden darf. Wie aber trachtete er diesem Problem näher zu treten? Ausgehend von der mystischen Vorstellung, dass das «All» ein einheitliches, vom göttlichen «Balsam» durchdrungenes Ganzes sei und der Mensch «Mikrokosmos» in allen seinen Einzelheiten ein Spiegelbild der Welt «des Makrokosmos» darstelle, weshalb den kosmischen Phänomen die Vorgänge des Organismus gleichen, empfiehlt er dem Arzte denjenigen Erscheinungen der äusseren Natur nachzuforschen, welche den besonderen körperlichen Zuständen und Krankheiten entsprechen. Deshalb glaubte er die Lebensvorgänge von der Beschaffenheit der Organe völlig unabhängig und verachtete jene Wissenschaft, welche die moderne Medizin erst möglich machte — die Anatomie.

«Das ist das recht Buch, auss dem die Anatomia volgen soll: Dass der Mensch wisse der Elementen vund Microcosmi Substanz, Proportiones etc. zu vergleichen. Nicht das genugsam sey, so der Cörper gesehen wirdt der Menschen: Jtem auffgeschnitten, vund aber besehen: Jtem versotten, vund aber gesehen.» . . . . . Was nutzet den Artzt in Caduco, dass er weiss, wo das Hirn liegt? — «Ob ich schon Anatomiam localem weiss, was geht's Icteritiam an? was Hydropisin? — Als ich mich auch verwundert, der ihr den todten Cörper für ein Grund fürlegen, etwas daraus zu nemmen dem Lebendigen nutz zu sein.»

PARACELSUS konnte trotz seiner phantastischen Auffassung seine, sozusagen kosmische Physiologie nicht vollends durchführen und verfiel, da er auch die Grundlage rationeller Medizin, die Anatomie, welche gerade zu seiner Zeit ihre ersten Triumphe feierte, verschmähte, einer mit philosophischen Theorenem nothdürftig verdeckten Empirie, die ihn zwang das Wesen der Krankheiten in den Heilmitteln zu suchen, welche sie bekämpfen.

Zwei Jahre nach seinem Tode im Jahre 1543 erschien zu Basel, in jener Stadt, in der PARACELSUS einige Zeit an der Universität gelehrt hatte, das unsterbliche Werk des Andreas VESALIUS: «De corporis humani fabrica», welches den Feuerbrand in die Burg des Galenismus warf. Dieses Buch, von dem BOERHAAVE sagte: «opus incomparabile, quod perituruum nunquam, omnis aevi tempore praeclarissimum» war es, dass endgiltig die durch PARACELSUS erschütterte Autorität GALEN's stürzte. Er schuf das Fundament der wissenschaftlichen Forschung, beseitigte den empirisch-künstlerischen Standpunkt der Paracelsisten und bewahrte die Medicin vor dem Dilemma einer einfachen Commentirung der Alten oder unfruchtbarem Mysticismus zu verfallen.

VESALIUS zerstörte den Nimbus, welcher die Mängel GALEN's den Blicken entzog, wies nach, dass dessen Lehren die Anatomie der Affen und Hunden behandelten und lieferte durch rastlosen Fleiss die ersten werthvollen anatomischen Arbeiten, welche eine neue Aera eröffneten und der Medizin, die bis dahin nur ein Gewebe conventioneller Täuschungen, ohne reale Grundlage gewesen den Charakter einer ernsten Wissenschaft erwarben.

Auch er begeisterte sich für die Lösung des Lebensproblems, aber er verstand sich weise Mässigung aufzuerlegen; er zog es vor der Erkenntniss des Ganzen durch gründliche Erforschung eines kleinen Theils vorzuarbeiten, anstatt der Arbeit von Generationen in Hirngespinnsten voranzueilen.

Nicht PARACELSUS, sondern VESAL machte die Entdeckung des Kreislaufs durch HARVEY möglich. Die Probleme der Wissenschaft müssen gelöst, nicht, gleich dem gordischen Knoten durchhauen werden!

Wenn wir die beiden Männer gegenüberstellen, so erscheinen sie wie zwei Typen, sie repräsentiren zwei divergirende Denkrichtungen, von deren Wettstreit die Entwicklung der Wissenschaft abhängig war und ist.

Paracelsus ist das Vorbild des speculativen Forschers, der durch und durch individualistisch durch rauhe Phantasie und kühne Combination zu ersetzen wagt, was noch jenseits der Erfahrung liegt, der nicht nach Vorschrift und Regel mühsam aufbaut, sondern auf einem Wurf Schöpfungen hervorzurufen strebt, die zugleich ihre Gesetze in sich tragen.

VESAL dagegen, der vielleicht minder genial veranlagt war ist der Typus jener Forscher, welche ihren individuellen Drang dem Nutzen der Allgemeinheit willig aufwerfen und oft nur anscheinend kleine, immer aber sichere und dauernde Leistungen zeitigen, während die «Phantasten» später weit überholt werden und Eulen gleich, die in der Dunkelheit zwar trefflich sehen, in hellem Tageslichte aber geblendet sind.

Ob die eine oder andere Geistesrichtung prävalirt, davon hängt das Gepräge eines Zeitalters ab.

Auch die Phantasten haben ihre hohe culturgeschichtliche Bedeutung «zum mindesten, dass man aus ihren Irrthümern lernt» Irrthümer sind auch Etappen auf der Wanderung zur Erkenntniss!

Das Andenken des PARACELSUS bewahre die Geschichte!

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Lemberg. Der Kaiser hat dem Oberstabsarzte I. Classe Dr. Konrad Vogl, Leiter des Garnisonsspitales Nr. 14 in Lemberg, das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen.

— Kiew. An Stelle des in den Ruhestand getretenen Kiewschen Professors Dr. Victor Ssubbotin, ist der bisherige Privatdocent für Hygiene in Kasan, Dr. W. Orlow zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Kiewer Universität ernannt worden.

* Budapest. Ein von einzelnen Aerzten arrangirter Landes-Aerzte-Congress ist am 4. d. M. im Hôtel Metropole, in Anwesenheit von etwa 100 Gemeinde- und Kreisärzten abgehalten worden, um die Mittel und Wege zur Verbesserung des Sanitätswesens des Landes und der Lage der Gemeinde- und Kreisärzte zu besprechen. Der Vorsitzende, ein Kreisarzt, schildert die traurige Lage der Provinzärzte, welche ohne Gefährdung des Sanitätswesens nicht länger fortdauern könne. Die Hauptpunkte des an den Minister des Innern zu richtenden Memorandums sind: 1. Die staatlichen Aerzte seien nicht wie bisher durch die Ober- und Vicegespäne, sondern über Vorschlag des Ministers des Innern durch den König zu ernennen; 2. Das Personal der behördlichen Aerzte seien in zwei Gruppen zu theilen: a) Institutsärzte, (Spitals-, Gefängniss-, Irrenärzte etc.) und b) behördliche Aerzte (Gemeinde-Polizeiärzte etc.); 3. Auf die das Sanitätswesen bezüglichen Angelegenheiten seien die behördlichen Aerzte mit dem Verfügungsrecht zu bekleiden; 4. die staatlichen Aerzte seien nach drei Rangsclassen mit 800—1200 fl. und Quartier, sowie Fuhrwerkpauschale zu honoriren; Controllirt werden sie durch den Oberphysicus. Unter Anderem werden im Memorandum auch die Gesammtkosten der Verstaatlichung des Sanitätswesens mit 5.000.000 fl. veranschlagt. Das Memorandum wurde sofort von einer grösseren Deputation dem Minister Hieronymi überreicht.

* Trachom-Abtheilung. Auf Veranlassung des ungarischen Minister des Innern wurde bei dem auf der Uellöerstrasse befindlichen neuen Krankenhause in Budapest eine seperate Trachom-Abtheilung errichtet, dessen Leitung dem Docenten und Landes-Sanitäts-Inspector, Dr. N. Feuer, übertragen wurde. Derselbe hat daselbst die neueren Behandlungsmethoden des Trachoms einer genauen Prüfung zu unterziehen, ferners aber auch Curse für die amtlichen Aerzte abzuhalten.

* Berlin. Der 16. Balneologen-Congress wird Ende Februar 1894 hier stattfinden. Vorsitzender ist Geheimer Rath Dr. Liebreich.

* Lyon. Ein medicinischer Congress soll hier Ende October oder vom 4.—15. August 1894 unter dem Vorsitz von M. Bouchard abgehalten werden.

* Paris. Die Société médicale des Hôpitaux ertheilte M. Lesage den Preis Blachez für Hygiene der Kindheit (800 Frcs.), M. Itard eine ehrenvolle Erwähnung.

* Todesfall. Der Senior der St. Petersburger Aerzte Dr. Carl Johannsen ist im Alter von 78 Jahren gestorben.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Galizien. Die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, ist gegen die Vorwoche um 2, die Zahl der Erkrankungen um 5, jene der Todesfälle um 4 gesunken. — In der Bukowina wurde die in der Gemeinde Dorozoutz bestandene Cholera am 1. December als erloschen erklärt. Die Gesammtzahl der Erkrankten betrug 12, von diesen sind 4 genesen, 8 gestorben. — Ungarn. In der Woche vom 15.—21. November hat die Zahl der Choleraerkrankungsfälle neuerdings eine Verminderung (von 52 auf 37) erfahren und ist die Zahl der Todesfälle von 37 auf 21 gesunken. — Bosnien und Hercegowina. In der Woche vom 8.—15. November war die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, eine kleinere, die Zahl der Erkrankungen aber eine grössere als in der Vorwoche, die Zahl der Cholera-Todesfälle hat sich verringert. Es kamen in 16 Gemeinden 61 Erkrankungs- und 27 Todesfälle zur Anzeige. — Deutsches Reich. In der Woche vom 10—16. November wurden 27, in der Woche vom 17.—23. November 17 Cholerafälle festgestellt. — Niederlande. In der Woche vom 11.—18. November sind in Utrecht, in der Woche vom 18—25. November in Hovgeveen je 2 Cholerafälle beobachtet worden, von denen die in Hovgeveen tödlich endeten. — England. Seit 22. October ist kein weiterer Cholerafall beobachtet worden. — Rumänien. Amtliche Nachrichten melden das Erlöschen der Cholera und die Sistirung einer ferneren Ausgabe von Epidemiebulletins. — Türkei. Aus Constantinopel wird über ein häufigeres Auftreten der Cholera berichtet und bilden die Stadttheile von Stambul, sowie die Quartiere von Hasköi und Kassimpascha den Hauptherd der Krankheit. — In Tripolis 16 Cholerafälle, von denen 6 tödtlichen Ausgang nahmen.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in Kulm (Böhmen) mit den zugewiesenen Ortschaften Straden, Schanda, Tellnitz, Arbesau, Auschine-Raudnei, Tillisch-Kamnitz und Johnsdorf mit 3400 Einwohnern. Mit dieser Stelle, welche am 1. Jänner 1894 anzutreten ist, ist der Jahresgehalt von 400 fl. und ein Reisepauschale von 75 fl. verbunden. Weitere Bezüge sind aus der Bruderlade, der Bezirkskrankencasse und dem Privatkrankenhause gesichert. — Bewerber deutscher Nationalität haben ihre mit dem Nachweise der österr. Staatsbürgerschaft, der Berechtigung zur ärztlichen Praxis, der moralischen Unbescholtenheit und dem ihre physische Eignung bestätigenden bezirksärztlichen Zeugnisse belegten Gesuche bis 15. December 1893 beim Bezirksausschusse in Karbitz einzubringen. — Mit Erlass der k. k. Statthalterei in Prag vom 15. Juli d. J., Z. 88.124, wurde die Errichtung einer neuen öffentlichen Apotheke für die Obere Neustadt Prag und zwar in der Sokolgasse, zwischen der Gerstngasse und dem Karlshofe bewilligt. Die Bewerber um das Personalbefugniss für diese Apotheke haben ihre Gesuche bis Ende December 1893 beim Prager Magistrate einzubringen und ihre Grossjährigkeit und ihr Wohlverhalten, den erlangten pharmaceutischen Magistergrad, ihre Eignung zur Führung einer öffentlichen Apotheke, ihre bisherige Verwendung und den Besitz eines zur Errichtung und Instandhaltung einer öffentlichen Apotheke hinreichenden Vermögens nachzuweisen.

Krankencassenarzt. Die Stelle eines Krankencassenarztes bei der Bezirkskrankencasse und der Genossenschaftskrankencasse in Korneuburg für die Gemeinden Floridsdorf, Gross-Jedlersdorf, Donaufeld, Jedlesee und Stammersdorf. Jahresgehalt 550 fl., Dienstantritt am 1. Jänner 1894. — Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein müssen, haben ihre mit dem Taufscheine und dem Nachweise ihrer bisherigen Verwendung belegten Gesuche bis 15. December d. J. an die Bezirkskrankencasse in Korneuburg, Stockerauerstrasse einzusenden.

Hilfsarztesstelle in der allgemeinen städtischen Versorgungsanstalt in Wien mit dem Jahresgehalte von 800 fl. und der Bequartirung in der Anstalt. Anstellung auf 3 Jahre mit dem beiderseitigen Vorbehalte einer vierteljährigen Kündigung, eventuell Erneuerung des Dienstvertrages nach Ablauf der 3 Jahre — Gesuche sind bis Ende December 1893 im Einreichungsprotocolle des Wiener Magistrates einzubringen.

Stadtphysicusstelle in der Stadt Waidhofen a. Y. (Niederösterreich). Jahresremuneration 300 fl. — Bewerber um diesen Posten wollen die mit den vorgeschriebenen Nachweisen über ihre Befähigung sowie über die mit Erfolg abgelegte Physicatsprüfung belegten Gesuche direct oder eventuell durch die vorgesetzte Dienstbehörde bei dem Stadtrathe in Waidhofen a. Y. bis 15. Jänner 1894 einbringen.

Arztesstelle bei der Betriebskrankencassa der Firma Leop. Abeles & Söhne in Rothkostelletz (Böhmen). Jahresgehalt 400 fl. Bewerber, welche beider Landessprachen mächtig sein müssen, haben sich bis 1. Februar 1894 an die Betriebskrankencassa der genannten Firma zu wenden, woselbst nähere Auskünfte ertheilt werden.

Gemeindearztesstelle in Scardona, politischer Bezirk Sebenico (Dalmatien). Jahresgehalt 1600 fl. — bedeutendes Nebeneinkommen in Aussicht. — Bewerber um diese Arztesstelle haben sich bis 6. December d. J. bei der Gemeindeverwaltung in Scardona zu melden.

Gemeindearztesstelle in Nona (Dalmatien), politischer Bezirk Zara. 1200 fl. Jahresgehalt, nur für die Behandlung der Gemeindearmen, und Versehung des Sanitätsdienstes im Sinne des Landesgesetzes vom 27. Februar 1874, L.-G.- und V.-Bl. 10. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Visithonorar im Gemeindeumkreise mittelst besonderen Vertrages. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorates der gesammten Heilkunde, sowie der Kenntniss der kroatischen Sprache bis 1. December d. J. an die Gemeindeverwaltung von Nona.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 17. December 1893** **Nr. 51.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau"

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Die genannten Kliniker werden also vom 1. Januar als Redacteure der «Internationalen Klinischen Rundschau» zeichnen, und wir werden bald Gelegenheit haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Gelehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, als Originalien in unserem Blatte zu veröffentlichen. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und sienen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction
der
„Internationalen Klinischen Rundschau"
Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

Die grosse Anzahl von an systemisirtem Wahnsinn leidenden Kranken, die sich in diesem Jahre in unserer Klinik befinden, gibt uns Anlass, um uns eine deutliche Vorstellung der verschiedenen systemisirten Wahnideen zu machen und ihnen jenen Platz zuzuweisen, der ihnen unter den verschiedenartigen Psychosen zukommt.

Bevor wir jedoch zum Studium der verschiedenen Modalitäten übergehen, die sich uns darbieten können, muss ich Sie daran erinnern, was man unter systemisirtem Wahnsinn zu verstehen hat.

Man bezeichnet in der Pathologie des Geistes unter diesem Namen jene Wahnideen, die stets in dem gleichen Sinne sich manifestiren und nach demselben Zwecke hinzielen: wenn sie von Hallucinationen begleitet sind, so erfolgen diese in demselben Sinne, wie die Wahnidee selbst. Beispiele: Verfolgungswahn, Grössenwahn, religiöser Wahnsinn etc.

Das Studium dieser verschiedenen Wahnsinnsarten und ihrer Variationen ist complicirter als man dies glauben könnte In der That, wenn auch der Symptomencomplex des Verfolgungswahns, des Grössenwahns, des mystischen Wahns leicht zu erkennen ist, so ist doch zuweilen nichts schwieriger als dessen wahre Natur festzustellen d. i. dessen pathologischen Typus zu bestimmen und daher eine richtige und vollständige Diagnose zu stellen. Eine solche Diagnose ist aber umso nothwendiger, als sie gleichzeitig die Prognose bedingt — Prognose, die unendlich variirt je nach den Bedingungen, unter welchen die Krankheitssymptome sich entwickeln. Es ist oft von der grössten Bedeutung, diese Prognose in der Psychiatrie unverzüglich feststellen zu können.

Unter welchen Verhältnissen vollzieht sich in der Regel das Einschreiten des Irrenarztes? Wird er zu einer Familie geholt, so erzählt man ihm, dass z. B. der Kranke, um dessentwillen man ihn gerufen, äusserst reizbar und trübsinnig ist, dass er sich einbildet, beleidigende Worte zu hören, dass er glaubt, ohne irgend welchen Grund, man verachte ihn und man wolle ihm schaden; man fügt selbst hinzu, dass er an Verfolgungswahn leide. Der Arzt fragt den Kranken aus, und er constatirt seinerseits, dass derselbe Hallucinationen und Verfolgungs-Wahnideen hat: der Symptomenkomplex des Verfolgungswahn ist demnach deutlich ausgesprochen.

Diese Constatirung genügt aber lange nicht dem Arzte, um in hinreichender Weise die zahlreichen Fragen zu beantworten, die von der geängstigten Familie nothwendigerweise an ihn gestellt: Wird es lange dauern? Wird der Kranke gesund werden? Und diese Fragen muss man umsomehr beantworten können, als Interessen vieler Art mit denselben verknüpft sind.

Hier beginnen die Schwierigkeiten: manchmal sind diese sogar sehr gross. Die an Verfolgungswahn leidenden Hallucinirten, die wir weiter als Beispiel wählen wollen, können von einander stark abweichende Kranke sein und die Prognose kann gewissermassen ins Unendliche variiren.

Der eine dieser Kranken kann binnen wenigen Wochen, sogar im Laufe einiger Tage geheilt sein; ein anderer wird erst nach mehreren Monaten genesen; ein dritter wird ebenfalls heilbar sein, aber bei diesem werden Recidiven fast sicher eintreten; ein vierter wird seiner Wahnideen los werden, sind aber diese verschwunden, so wird eine noch schwerere Affection zurückbleiben, die manchmal durch die Wahnideen maskirt war; ein fünfter endlich wird ungeheilt bleiben: er ist in die ewige Finsterniss eingetreten, von welcher er täglich mehr und mehr erfasst werden wird.

*) Nach dem «Bull. Médical», 29. November 1893. Ins Deutsche übertragen von A. Del Torre.

Es ist also sehr nothwendig, diese verschiedenen Wahnideen von einander zu unterscheiden, und man muss, um die von der Familie gestellten Fragen zu beantworten, sie mit Sicherheit in jene pathologische Species unterbringen können, zu welcher eine jede von ihnen gehört.

Um Sie in den Stand zu setzen, dieses Problem zu lösen, werden wir mitsammen die verschiedenen Fälle untersuchen, unter welchen die systemisirten Wahnideen sich darbieten können.

Ich werde in der heutigen Vorlesung zunächst diese einzelnen Fälle flüchtig durchgehen, dann werde ich schliessen mit dem Studium zweier besonderer Gruppen, deren Kenntniss als die festeste Grundlage angesehen werden kann, worauf Sie eine sichere Diagnose, eine bestimmte Prognose stützen könnten. Es sind das: das systemisirte Delirium der Degenerirten und das chronische Delirium mit systematischer Entwicklung. Diese beiden Gruppen haben zu lebhaften Controversen Anlass gegeben und deren Bestimmung ist mit nicht geringen Schwierigkeiten verbunden.

Abgesehen von den genannten zwei Gruppen kann man systemisirten Wahnideen unter folgenden Bedingungen begegnen:

Der Alkoholismus kann der Ausgangspunkt der Entwicklung einer systemisirten Wahnidee sein und zwar unter zweierlei Verhältnissen: nach der hallucinatorischen und delirirenden Periode, von der der acute oder subacute Anfall des Alkoholismus begleitet wird, kann man nicht selten bei dem Prädisponirten nicht die vollständige Beruhigung der corticalen Erregung, wohl aber die Einschränkung der sensoriellen Störung auf das Gehör beobachten — es bestehen zu dieser Zeit nur mehr Gehörshallucinationen — während das Delirium eine Reihe von quälenden Gedanken und einige Verfolgungsideen umfasst.

Beim chronischen Alkoholismus ist es auch nicht selten, Verfolgungs- manchmal auch Grössenwahnideen hervortreten zu sehen. In diesen zwei Fällen befinden wir uns thatsächlich gegenüber systemisirten Wahnideen.

Die Dauer dieser Wahnideen ist übrigens verschieden. Im Allgemeinen sind sie von kurzer Dauer, bei gewissen prädisponirten Personen jedoch können sie mehrere Monate dauern. Noch mehr, in einigen Fällen ohne vorherige Prädisposition, kann die Dauer des systemisirten Deliriums bei Alkoholikern sehr lang sein: es handelt sich alsdann um inveterirte Alkoholiker, bei welchen die Chronicität der Intoxication eine wahrhafte Prädisposition zu den Psychosen geschaffen hat.

Die Anfälle intermittirenden Irrsinns äussern sich gewöhnlich durch melancholische und maniakalische Phasen, durch zumeist diffuse Deliriumsparoxysmen. In selteneren Fällen bestehen die Anfälle aus wahren systemisirten Wahnideen.

In diesen Fällen ist die Diagnose relativ leicht: wan wird diese auf Grund des Verlaufs und der Periodicität der Anfälle stellen können.

Die Epilepsie kann desgleichen von systemisirten Wahnideen begleitet werden und bei dieser Affection verdienen diese Wahnideen eine erhöhte Aufmerksamkeit. Man weiss, dass in der Folge von wiederholten epileptischen Anfällen oft Wahnideen beobachtet werden. Diese, wiewohl im Allgemeinen von kurzer Dauer, können indess bis zu drei Wochen dauern: es ist in der Regel ein allgemeiner maniakalischer oder melancholischer Wahnsinn; indessen sind in einigen Fällen wahrhafte systemisirte Wahnideen vorhanden.

Wenn das der Fall ist, so erscheint der Kranke vollständig intact ausserhalb der Sphäre des Gegenstandes, der den Inhalt seiner Wahnideen bildet; wenn man ihn aber sorgfältigst ausfrägt, so constatirt man, dass er in Wirklichkeit unbewusst ist. Aber das ist noch nicht Alles. Bei gewissen Epileptikern gesellt sich zum epileptischen Delirium noch ein wahrer systemisirter einfacher Wahnsinn, der nicht mehr, wie der eben erwähnte, in ein Abhängigkeitsverhältniss zu der Epilepsie steht. Es handelt sich da um eine hinzugekommene Affection der Epileptiker ist überdies ein zu Psychosen Prädisponirter.

Dies rührt von einer doppelten Erblichkeit her: von dem einem seiner Vorfahren hat er die Epilepsie geerbt, von dem anderen die Prädisposition zu Psychosen. Diese Unterscheidung ist vom Standpunkte der Prognose von grosser Wichtigkeit. In der That, ist der systemisirte Wahnsinn, der von der Epilepsie selbst abhängt, von kurzer Dauer ebenso wie der gewöhnliche epileptische Wahnsinn, wohingegen der zum epileptischen Wahnsinn hinzugekommene systemisirte Wahnsinn sehr lange dauert und in einigen Fällen den Verlauf des chronischen Wahnsinns annehmen und definitiv werden kann.

Die Hysterie kann gleichfalls in gewissen Fällen den systemisirten Wahnsinn veranlassen; dann ist aber im Allgemeinen die Diagnose sehr leicht zu stellen. Die Form dieser Wahnideen, die Coëxistenz hysterischer Stigmata beheben leicht jeglichen Zweifel.

Was die Prognose anlangt, so bietet dieselbe die gleiche Unsicherheit wie bei allen hysterischen Zufällen. Indess ist der hysterische systemisirte Wahnsinn im Allgemeinen von sehr kurzer Dauer.

Bei prädisponirten Subjecten, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet sind, sieht man zuweilen Wahnsinnsanfälle sich entwickeln und manchmal sogar systemisirte Wahnideen. In diesen Fällen darf man nicht die Hirnläsion als Ursache derselben ansehen: es besteht einfach eine Coïncidenz. Was lässt sich in der That constatiren trotz des sehr häufigen Vorkommens von Herdläsionen? Man constatirt oft Gedächnissschwäche, verringerte Intelligenz, jedoch selten Wahnsinn, und wenn man die Fälle näher untersucht, bei welchen Wahnsinn beobachtet wird, so bemerkt man fast regelmässig, dass man es mit Prädisponirten zu thun hat. Die Hirnläsion wirkt also in allen diesen Fällen höchstens als veranlassende Ursache. Dabei ist noch hervorzuheben, dass die Intensität dieser Wahnideen im umgekehrten Verhältniss zu der Ausdehnung der Läsion steht. Bei einigen Kranken indess nehmen diese Wahnideen, die eine wenig ausgedehnte Hirnläsion begleiten, einen ersten Platz unter den Symptomen ein.

So hat Garnier*) über einen sehr interessanten Fall von chronischem Wahnsinn mit systematischer Entwicklung berichtet, der mit Worttaubheit und -blindheit vergesell-schaftet war.

Andererseits hat Lwoff in seiner Abhandlung «über die an circumscripte Hirnläsionen gebundenen Geistesstörungen» (1890) mehrere Beobachtungen von systemisirtem Wahnsinn bei Individuen, die mit umschriebenen Hirnläsionen behaftet waren, veröffentlicht.

Péchermann hat in seiner These «Die Psychosen des Greisenalters» (1893) mehrere Fälle von systemisirtem Wahnsinn bei alten Leuten hervorgehoben, d. h. also bei Individuen, deren Gehirn auf dem der atheromatösen Regression sich befindet. In allen diesen Fällen aber spielt die Prädisposition eine sehr bedeutende Rolle. Endlich — und das erscheint fast alsein klinisches Paradoxon — müssen wir den systemisirten Wahnsinn bei der allgemeinen Paralyse in's Auge fassen. Der Geisteszustand des Paralytikers scheint jedes Raisonnement, jede Ideen-Systemisirung absolut auszuschliessen. In der That führt die anatomische Ursache der allgemeinen Paralyse, die diffuse interstitielle Encephalitis, nicht allein eine Perturbation in den Perceptionscentren des Hirns herbei, sondern sie hebt auch die Communicationen, die Associationen zwischen diesen verschiedenen Centren auf: die Folge davon ist, dass nicht nur die Bilder unklar erscheinen, dass aber auch die Transmissionsmittel die unrichtigen sind; davon rührt die Verwirrung der Ideen und der geistige Verfall des Paralytikers her. Das ist der Fall bei der allgemeinen Paralyse gegen Ende der ersten Phase und zu Beginn der zweiten, wenn die Demenz bereits klar zu Tage liegt: jede Ideenassociation ist da unmöglich; das findet jedoch nicht zu Anfang der Krankheit und während der Remissionen statt. Unter diesen Verhältnissen kann man eben systemisirten Wahnideen begegnen.

(Fortsetzung folgt.)

*) Arch. gén. de médecine. Jänner—Februar 1889.

Arthritismus und nervöse Diathese.*)

Von

Dr. Ménélas Sakorrhaphos, Athen.

Wir haben bereits bei einer früheren Gelegenheit die Resultate, die wir bei der klinischen Untersuchung einer Reihe von Fällen von Tabes erhalten hatten, kurz mitgetheilt und hierbei den Standpunkt vertreten, dass wir die Tabes als den klinischen Ausdruck des Arthritismus betrachten, als eine den verschiedenen Organen gemeinsame Sclerose, die sich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte in keiner Beziehung von der der anderen Organe unterscheidet.

Wir haben die Untersuchungen und die Beobachtungen der soeben gedachten Kranken fortgesetzt, von Kranken, bei denen die klinischen Erscheinungen des Arthritismus ganz ausgesprochen waren, (und diese Fälle sind durchaus nicht selten) und die überraschende Combination der arthritischen Erkrankungen mit den nervösen Krankheiten führte uns dazu anzunehmen, dass diese zwei Diathesen sich von einander keineswegs unterscheiden, dass sie eben nur bei einem und demselben Individuum oder bei einer und derselben Familie combinirt auftreten, dass aber die enge Verwandtschaft dieser beiden krankhaften Zustände, ihre Aetiologie, ihr langsamer Gang und einige klinische Erscheinungen, die man bei beiden antrifft, offenbar dieselben seien.

Diese Frage der Diathesen war und bleibt noch immer eine sehr complicirte, und der Beweis dafür liegt in den sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren über diesen Gegenstand zu allen Zeiten. In den früheren Zeiten bildeten die meisten der chonischen Krankheiten eine Diathese.

Andere Autoren hingegen hatten es versucht, die meisten dieser Krankheiten unter einer gemeinsamen Diathese zu behandeln. Während man die Syphilis, die Tuberkulose, den Krebs, die Scrophulose u. s. w. als selbstständige Diathesen betrachtete, so finden wir, dass Lugol die Scrophel als das Endziel aller Diathesen ansah. Moreau de Tours sagt, dass «alle Geisteskranken, Idioten, Scrophulösen und Rhachitiker, in Folge ihres gemeinsamen Ursprungs und in Folge gewisser physischer und moralischer Eigenschaften, wie die Kinder einer und derselben Familie, als die Zweige desselben Baumes betrachtet werden müssen.» Dieser berühmte Beobachter hatte es versucht, das zusammenzuhalten, was man mit Unrecht als verschiedene pathologische Zustände betrachtete. In der letzten Zeit constatirte Prof. Grasset die häufige Combination der Hysterie mit der Tuberkulose und betonte die diathetische Heredität (er weist dem Arthritismus den ersten Rang an) als einen sehr mächtigen Factor der Hysterie. Wir könnten noch mannigfache derartige Beispiele anführen, aber wir glauben, dass die eben genannten Fälle genügen, um darzuthun, dass diese Autoren die enge Verkettung dieser zwei Diathesen, oder richtiger gesagt, ihre Identität constatiren konnten.

Gewiss, wenn man sieht, wie sich die Hysterie mit der Tuberkulose combinirt, die Tabes mit dem Diabetes oder mit jeder anderen arthritischen Erkrankung, wenn die Wissenschaft die Beziehungen der Gicht mit den verschiedenen Neurosen oder Psychosen constatirt; ferner, wenn die arthritische Natur der meisten dieser klinischen Bilder festgestellt ist, unter denen sich Nervenkrankheiten finden, deren langsamer und progressiver Gang, — wenn nicht Momente interferiren, die wir noch zu untersuchen haben werden — an die grossen Neurosen oder Psychosen angrenzt, und wenn endlich überdies die Aetiologie dieser zwei Diathesen eine gemeinsame ist, welcher Umstand es auch bedingt, dass die Sclerose der Viscera einen Charakter

*) Aus «Le Progrès Médical» vom 21. October 1893. Wiedergegeben von Léon Leibowitz.

besitzt, der mit den systematischen Sclerosn, die man in den Nervencentren antrifft, identisch ist, so liegt kein Grund mehr dafür vor, diese zwei krankhaften Zustände als von einander unabhängig zu betrachten, sie als selbstständige Einheiten anzusehen. Der unersetzliche CHARCOT hat sich in seinen «Leçons du Mardi» über die Beziehung des Arthritismus zur nervösen Diathese wie folgt ausgedrückt: «Man kann den Arthritismus als einen Baum betrachten, dessen Hauptzweige sind: die Gicht, der Gelenksrheumatismus, gewisse Formen der Migräne, Hautaffectionen u. s. w. u. s. w. Andererseits gibt es einen «nervösen Baum», der die Hysterie, alle Kategorien der Vesanie mit hereditärer Form u. s. w. umfasst. Diese zwei Bäume gedeihen einigermassen auf denselben Boden, sie communiciren mit einander durch ihre Wurzeln und sie unterhalten derartige intime Beziehungen mit einander, dass man sich bisweilen die Frage vorlegen kann, ob es nicht derselbe Baum sei.»

Wir dürfen nicht daran vergessen, dass einige Beobachter, die Gelegenheit hatten, die zwei in Rede stehenden krankhaften Zustände, den Arthritismus einerseits und die nervöse Diathese andererseits in einer und derselben Familie Hand in Hand mit einander einhergehen zu sehen, und die sich diesen Zustand nicht zu erklären wussten, es versucht hatten, diesen pathologischen Zustand von den anderen Krankheiten zu trennen, indem sie ihm den Namen «Neuro-Arthritismus» gaben. Dieser Zustand wird somit als ein dritter Typus betrachtet. Um diese Ansicht zu formuliren, berief man sich auf das häufige Zusammentreffen des Diabetes, der Gicht und der Arterio-Sclerose — die nur der pathologische Ausdruck des Arthritismus in der Periode seiner vollen Entwicklung sind, — mit den nervösen Krankheiten. Wir müssen jedoch vor Allem bemerken, dass der Arthritiker immer, vom Beginne seiner Krankheit bis zum Ende derselben, ein Neuropathiker sei; es kommt hier nur der Umstand in Betracht, dass die schweren Nervenphänomene erst zu einer Zeit auftreten, zu der die starken Ernährungsstörungen zum Vorschein kommen. Aus diesen Gründen finden sich, unserer Ansicht nach, der Diabetes, die Gicht und die anderen Affectionen derselben Kategorie am häufigsten mit den schweren Nervenkrankheiten zusammengesellt vor. Aber selbst die Symptome, welche die erste Periode des Arthritismus charakterisiren, und die sich durch locale Spasmen, durch allgemeine Convulsionen, durch den Pruritus, durch die Urticaria, durch den spasmodischen Husten, durch die Incontinentia urinae nocturna und durch viele andere pathologische Zustände Ausdruck verleihen, — weisen alle diese Momente nicht häufig genug darauf hin, dass das betreffende Individuum hauptsächlich ein Nervensystem besitzt, das vom normalen Typus abweicht und sich durch sensitive und vaso-motorische Nervenstörungen u. s. w. bemerkbar macht? Trifft man dieselben Störungen auch nicht ausserhalb der psychischen Sphäre an? Nehmen wir folgenden Fall als Beispiel. Ein Kind wird von arthritischen Eltern geboren und trägt auch den Stempel der Heredität; man findet nun oft, dass diese kleinen Wesen, die einige Autoren mit Unrecht als hysterisch betrachten, lachen oder weinen, oder in Zorn gerathen, und zwar aus Gründen, die bei andern gesunden Kindern durchaus keine derartigen Affecte hervorzubringen im Stande gewesen sein würden. Solche Kinder sind nicht aufmerksam, sie sind zerstreut. Obgleich wir eine grosse Anzahl solcher Kinder untersucht haben, so haben wir bei denselben niemals auch nur die geringste Spur der Hysterie entdecken können.

Später, in einem mehr oder weniger vorgerückten Alter, wenn die grossen Ernährungsstörungen auftreten, i. e. alle jene Krankheiten, die Prof. BOUCHARD als den Ausfluss einer Verlangsamung in der Ernährung beschrieben hat, wenn die Arterio-Sclerose mit Lokalisation in den verschiedenen Organen zum Vorschein kommt, dann tritt auch der nervöse Ursprung des Arthritismus klarer und deutlicher zu Tage, indem die Ernährung unmittelbar vom Nervensystem abhängt. Gerade in dieser Periode, die wir gern die Periode des arthritischen Zustandes nennen möchten, treten die multiplen Nervenaffectionen auf.

Die nervöse Diathese, die unserer Ansicht nach nur die Fortsetzung des Arthritismus darstellt, des Arthritismus, der sich in der Periode der Abnahme befindet, wird von uns als solche angesehen.

(Fortsetzung folgt.)

Eine mechanische Behandlung der Phthise.

Von

Dr. Noble Smith *)

Chirurg im «All Saints' Children's Hospital» u. s. w. in Edinburgh.

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. SILVESTER, indem er sich eine Behandlungsmethode ausdachte, durch die man dieser Schwierigkeit bei der Behandlung der Lungenschwindsucht beikommen könnte, ersann einen Lehnstuhl, dessen Lehne hoch genug ist, damit die oberen Extremitäten des Kranken auf derselben bequem aufruhen können, und die oben eine Vorrichtung zeigt, die es dem Patienten gestattet, mit den hoch über den Kopf gehaltenen Armen verschiedene gymnastische Uebungen vorzunehmen. Dr. SILVESTER hatte noch folgende diesbezügliche Behandlungsmethode angegeben. Der Patient befindet sich in aufrechter Stellung und hält in jeder Hand eine dünne Stange, die eine Länge von ungefähr 6 Fuss hat; er hält dieselben in einer perpendiculären Stellung zu jeder Seite seines Körpers, und zwar so, dass die Stangen mit ihrem unteren Ende auf dem Boden aufruhen und sich ein wenig nach vorne von den Fersen befinden. Der Patient erhebt die Hände, umfasst die Stangen so hoch als er es bequem thun kann, so dass er dadurch bewirkt, dass das Gewicht der oberen Extremitäten von den Stangen, anstatt von ihm selbst, getragen wird.

Hierauf macht der Patient eine Expansionsbewegung mit der Brust und führt eine tiefe Inspiration in der Dauer von ungefähr zwei Secunden aus. Dr. SILVESTER bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass die tuberkulösen Ablagerungen in den Luftzellen der Lungen in Wirklichkeit als ausserhalb des Körpers befindlich betrachtet werden müssten, und dass die tuberkulösen Massen durch den freien Zutritt von Luft zu den afficirten Theilen der Lunge eliminirt werden können, und der Stiz der Affection einer Art von Reparatur unterliegen kann, indem die Lugencavernen allmählig schumpfen und zuletzt obliteriren.

Ich betrete jetzt ein Gebiet, das meinen Zuhörern zweifellos besser bekannt ist als mir selbst, und ich kann es auch für mich nicht in Anspruch nehmen, in Ihrem Namen zu sprechen, aber ich glaube, dass ein jeder von Ihnen zugeben wird, dass, welches auch der genaue Vorgang sein mag, der bei den Vortheilen einer vollständigen Luftversorgung der Lungen in Betracht kommt, es auf jeden Fall keinem Zweifel unterliegen könne, dass diese Vortheile sehr grosse seien.

Die Resultate, die Dr. SILVESTER erzielt hatte, waren sehr anmunternd. So weit diese Behandlungsmethode in Betracht kam, schien sie von günstigen Resultaten begleitet gewesen zu sein, aber wenn auch bei der Methode Dr. SILVESTER's eine ausgiebigere Versorgung der Lungen mit Luft erzielt wurde, als man dies für's Gewöhnliche bei der Behandlung von Phthisikern erreicht hatte, so konnte doch diese Behandlungsart nothgedrungen bei einer gegebenen Gelegenheit nur für sehr kurze Zeitintervalle fortgesetzt werden. Wenn ein Patient auf einem Lehnstuhle sitzt, auf welchem der Lumbartheil seines Rückens gestützt wird, die Schultern nach hinten geschlagen sind, die Ellbogen auf sehr hohen Lehnen aufruhen, so kann der Thorax hierbei zweifellos in eine sehr günstige Lage gebracht werden, aber wie lange kann eine solche Procedur fortgesetzt werden?

So oft der Patient aus dieser bestimmten Posisition herauskommt, oder aufsteht, so fällt der Thorax in seine ur-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 48, 1893.

sprüngliche Lage zurück, und in diesem Falle ist der erwünschte Effect nicht nur für den gegebenen Moment aufgehoben, sondern es ist auch wenig Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass das Volumen des Thorax unter diesen Umständen zunimmt.

Was die Uebung an und für sich betrifft, so ist Dr. SILVESTER's Methode zweifellos eine gute und sehr dazu angethan, die Entwicklung des Thorax zu fördern, aber die Zeit, die ein Patient diesen Exercitien widmen kann, ist eine verhältnissmässig sehr geringe. Selbst, wenn der Allgemeinzustand des Patienten ein guter ist, und wenn der Patient relativ kräftig ist, so kann er nicht immer in einem Lehnstuhle sitzen und seine Uebungen vornehmen, oder mit seinen zwei Stangen fortwährend herumlaufen — wenn man auch von dem Eigenthümlichen und den Umständlichkeit bei diesen Uebungen absieht — und die Resultate, die man dabei erzielen kann, können somit nur sehr beschränkte sein.

Es ist überdies noch ein zweiter Punkt in Betracht zu ziehen, nämlich die physische Kraft des Patienten, die in Fällen von Phthise oder von drohender Phthise beträchtlich herabgesetzt ist, so sehr, dass solche Patienten im Allgemeinen ganz dazu untauglich sind, sich entsprechenden gymnastischen Uebungen zu unterziehen, welche die Entwicklung ihres Thorax fördern sollen.

Meine Behandlungsmethode, über die ich Ihnen jetzt berichten will, besteht darin, dass die Schultern nach rückwärts gezogen werden, und zwar durch weiche Schulterbänder nach einem Polster, der in der Mitte zwischen den beiden Scapulae befestigt wird, und dass die Schultern in dieser Stellung erhalten werden Es gibt viele sogenannte «Hosenträger», die heutzutage zu diesem Zwecke in den Annoncen der Zeitungen angepriesen werden, und wenn meine Methode in nichts Anderem bestünde als darin, so würde sie dieselben schweren Vorwürfe verdienen, die ich selbst gegen die sogenannten «Patent-Hosenträger» erhebe. Diese ziehen die Schultern nach rückwärts und täuschen eine Besserung vor, aber sie thun nichts dazu, um die Brust von dem Gewichte der Arme selbst zu erleichtern. Somit wird man bei genauer Untersuchung finden, dass das Volumen der Brust, wenn überhaupt, wenig vermehrt wird, während durch die erzwungene Stellung der Schultern ein solcher Zug ausgeübt wird. dass es fast sicher ist, dass die Schulter nach der einen oder der anderen Richtung eine Biegung erleiden wird. Die Hosenträger haben überdies die Tendenz, die Schultern nach unten zu ziehen und so das Gewicht zu vergrössern, welches vom Stamme getragen werden muss. Meine Methode geht dahin, den centralen Polster auf dem Niveau der Schultern zu erhalten und so bis zu einem gewissen Grade eine Stütze nach oben zu erzielen, indem ein leichter Stahlstab angebracht ist, der längs des Rückens herunterläuft, und zwar bis zum Niveau, in welchem der Patient sitzt, und dort durch ein Beckenpolster festgehalten wird. Wenn man nur dies allein thut, so findet man, dass beim Sitzen die Tendenz der Wirbelsäule, sich nach rückwärts vorzubauchen, besteht, und beim Stehen die Tendenz des Abdomens, nach vorne zu sinken, und dass so eine Art von Lordose hervorgebracht wird. Um diesen Uebelständen vorzubeugen, ist in der Mitte des Rückens ein Polster angebracht, um beim Sitzen die Vorbauchung nach hinten zu verhindern, und vor dem Abdomen befindet sich ein Gürtel, um beim Stehen das Vorfallen des Abdomens einzuschränken. Meine praktischen Erfahrungen bezüglich der Resultate dieser Behandlung sind höchst zufriedenstellender Art. Obgleich ich meine Behandlungsmethode nicht blos an Patienten, die an Phthise litten, angewandt habe, so geht doch aus den Fällen, die ich behandelt habe mit aller Klarheit hervor, dass die in Rede stehende Behandlung für solche Patienten von sehr grossem Nutzen sei.

* *

Am 11. Mai 1886, wurde mir von Dr. CHARLES MYERS, aus Louth, ein junges, 16 Jahre altes Fräulein zugewiesen. Dieselbe war seit ihrem 4. Lebensjahre sehr zarter Constitution und hatte Masern und Dysenterie durchgemacht. Ihre Schwäche nahm während des Sommers 1885 zu und steigerte sich wieder in den ersten Monaten des Jahres 1886.

In den letzten drei Jahren hielt sie den Kopf gebeugt, die Wirbelsäule war nach hinten gekrümmt, die Brust war abgeflacht, so dass sie mit dem Abdomen eine verticale Linie bildete. Das Aussehen der Patientin war das einer phthisischen Kranken; sie war ungemein blass mit einer hectischen Röthe am Gesicht, und da mehrere Mitglieder ihrer Familie an Tuberkulose gestorben waren, so bestand die gerechtfertigte Furcht, dass die Patientin an einer ähnlichen Affection laborire. Während der letzten $2^1/_2$ Jahre litt sie beständig an catarrhalischen Zuständen und an Husten. Bei der Percussion fand ich einigen dumpfen Schall über der linken Lungenspitze. Es bestand Schmerz in der Gegend des achten, neunten und zehnten Dorsalwirbels, und der siebente Dorsalwirbel ragte bis zu einem gewissen Grade vor. Ich behandelte diese Kranke in der oben genannten Art, indem ich ihr erlaubte, so viel herumzugehen, als es ihr beliebte.

Allmälig — nach graduellen diesbezüglichen Correcturen — brachte ich die Patientin dahin, dass sie aufrecht stehen konnte, indem ich dafür Sorge trug, der Patientin niemals irgend welche Unbehaglichkeit zu verursachen. Eine grosse Erleichterung bezüglich aller Symptome konnte vom Beginne der Behandlung an constatirt werden. Nach Ablauf einer Woche war der dumpfe Percussionsschall über der linken Lungenspitze geschwunden, was eben darauf hinwies, dass die Luft nun vollen Zugang zu den Lungen hatte. Die Besserung in dem ganzen Befinden der Kranken war eine sehr rapide; der Husten hörte auf, der Schmerz im Rücken schwand, der Appetit besserte sich, und am 27. Juli — nach weniger als sechs Wochen seit Beginn der Behandlung — war ich bereits in der Lage constatiren zu können, dass kein Schmerz mehr vorhanden war, dass die Patientin besser und kräftiger aussah und einen heitern Blick hatte. In der That war die Aenderung in dem Aussehen und dem Befinden der Patientin eine sehr bemerkenswerthe. Ich sah das Mädchen in den letzten Monaten; ihr Gesundheitszustand hatte sich fortwährend gebessert; sie wurde üppig, robust und hatte eine gute Gesichtsfarbe.

Ein anderer Fall betrifft Miss. M. F., 9 Jahre alt, die mir von Dr. P. E. PARSOUS, aus Wimbledon, im September 1885, zugewiesen wurde. Sie litt mehrere Jahre lang an spasmodischem Husten und konnte nicht gerade stehen. Sie war von vielen hervorragenden Aerzten untersucht worden, aber die wahre Ursache des Hustens blieb dunkel. Die Brust jedoch war stark eingesunken, und man befürchtete Phthise. Von dem Tage an, an welchem der in Rede stehende Apparat am Mädchen angewandt wurde, begann das Kind sich wohler zu fühlen, und nach einigen Wochen war der Husten geschwunden. Ich sah das Mädchen vor ungefähr zwei Monaten und konnte constatiren, dass sich das Kind zu einem sehr schönen und kräftigen Mädchen entwickelt; ihr Gesundheitszustand ist ein vollkommener und sie macht einen ganz ausgezeichneten Eindruck.

* * *

Ich könnte noch Dutzende ähnlicher Fälle hinzufügen aber ich habe diese zwei Fälle gewählt, weil dieselben zu den ersten Fällen gehören, über die ich genaue Angaben besitze, und weil ich unlängst diese Kranken gesehen habe und somit auch über ihren jetzigen Zustand zu berichten in der Lage bin.

Wenn ich für diese neue Behandlungsmethode eintrete, so möchte ich durchaus nicht so verstanden werden, als ob ich dieselbe an Stelle anderer Massnahmen empfehlen würde. Wir kennen Alle den Werth einer Combination eines jeden Mittels, welches den Verheerungen, welche die Tuberkulose anrichtet, entgegenarbeiten soll, und es erheischt gewiss viel Mühe und Sorgfalt, wenn man in solchen Fällen das Beste für

den Kranken thun will. Aufenthalt in trockener Gebirgsluft, eine relativ milde Atmosphäre, reine Luft, sorgfältig ausgewählte Nahrung, — wahrscheinlich auch Massage — und mannigfache medicinale Mittel, sind gewiss alle nothwendig, aber ich möchte hinzufügen, dass, bevor wir die vitale Capacität der Lungen mechanisch gesteigert und die nöthigen Massregeln ergriffen haben, den Patienten in eine aufrechte Stellung zu bringen, mit gestützten Armen, ohne grössere Muskelanstrengung von Seiten derselben wir, diesen Patienten nicht die beste Chance gegeben haben, ihren Gesundheitszustand zu verbessern oder von einer Krankheit zu genesen, von der unser Land so sehr heimgesucht ist. Manche Collegen könnten noch immer die Frage aufwerfen: Warum nicht den Thorax durch körperliche Uebungen entwickeln? Ich habe diese Frage bereits beantwortet, aber ich darf wiederholen, dass eine grosse Zahl der Kranken viel zu schwach ist, um anhaltende oder systematische Uebungen ausführen zu können. Wenn dieselben stark genug sind, so können sie zweifellos solche Uebungen machen und angewiesen werden, tiefe Inspirationen zu machen, aber die so erzielten Resultate werden im Vergleiche zu denen, die man bei der mechanischen Entwicklung des Thorax erhält, unendlich klein sein. Der Effect der mechanischen Behandlung ist ein unmittelbarer, ein anhaltender und strengt den Kranken nicht an. Der Vorgang im andern Falle ist ein langsamer, unterbrochener und findet nur auf beträchtliche und im Allgemeinen schädliche Unkosten von Seiten der Muskelanstrengungen statt.

Der Apparat, der dazu nothwendig ist, damit man die in Rede stehende Behandlung vornimmt, ist ein verhältnismässig leichter und wird vom Patienten als eine grosse Stütze und Hilfe empfunden. Er interferirt in keiner Art mit der körperlichen Entwicklung, er gestattet den Muskeln die grösste Freiheit im Gebrauche derselben und wird im Allgemeinen vom Patienten wegen des Comforts, den er ihm gewährt, und wegen des directen und rapiden Erfolges, der dadurch für das allgemeine Befinden erzielt wird, sehr geschätzt.

Die Pneumonie in epidemiologischer Beziehung.

Von **Dr. A. Kühner**, Frankfurt a. Main.)

(Fortsetzung und Schluss.*)

E. Individuelle ätiologische Factoren. Unabhängig von diesen mehr oder weniger allgemeinen Einflüssen zeigt die Aetiologie der Pneumonie auch individuelle Factoren, welche sich hauptsächlich beim sporadischen Auftreten geltend machen.

a) Erkältung. Bei unbefangener Beobachtung ist die Erkältung als Ursache der Pneumonie nicht zu leugnen. Wenn man geltend macht, dass die Arbeiter, welche im Freien beschäftigt sind, weniger der Pneumonie ausgesetzt sind, als diejenigen mit sitzender Lebensweise, so ist, die Richtigkeit dieser Behauptung vorausgesetzt, einzuwenden, dass gerade die ersteren mehr abgehärtet, sich weniger leicht erkälten.

Man kann in vielen Fällen einen so innigen Zusammenhang zwischen der Einwirkung einer Erkältung und den ersten Zeichen der Pneumonie constatiren, dass sich dieses Verhältniss als causales nicht abläugnen lässt. Was die Entstehung der Pneumonie durch Mikroorganismen betrifft, so hat sich in neuester Zeit die Ueberzeugung mehr und mehr befestigt, dass dieselben selten eine Krankheit hervorrufen, wenn nicht besondere begünstigende Umstände in Mitwirkung treten und scheint die Erkältung als eine der wirksamsten betrachtet werden zu müssen. Wenn es auch schwer, durch Zahlen die Häufigkeit der Vermittelung einer Erkältungsursache festzustellen, wie Grisolle und Juergensen es versucht haben, so kann man diesen Zusammenhang für eine grosse Anzahl von Fällen nicht abweisen.

b) Sociale Zustände. Pneumonie kommt in allen Schichten der Bevölkerung vor. Man hat angegeben, dass die wohlhabenderen Klassen weniger daran leiden, als die armen, ohne hierfür den Beweis erbringen zu können, da wir das nummerische Verhältniss der Reichen zu den Armen nicht kennen. Immerhin kann man behaupten, dass Armuth, Elend die Entstehung der Pneumonie, wie aller Infectionskrankheiten begünstigt.

c) Alter. Kein Alter schützt vor der Pneumonie. Dieselbe befällt Kinder bis hinauf zum Intrauterinleben, gleichwie Greise, Heranwachsende gleichwie das reifere Alter. Aber wie schon Grisolle geltend gemacht hat, ist es schwer festzustellen in welchem numerischen Verhältniss die verschiedenen Altersklassen befallen werden. Zunächst sind die verschiedenen Altersklassen nicht gleichermassen geneigt und geeignet zur Aufnahme in das Hospital, welches über die Statistik berichtet, es ist anzuehmen, dass junge Leute von 16—25 Jahren in Ermangelung eines geeigneten Herdes häufiger ins Hospital aufgenommen werden, als nach dieser Zeitperiode. Ferner kommt hierbei in Betracht, dass, wenn es leicht ist, die Pneumonie beim Erwachsenen zu erkennen, die Diagnose beim Kind bisweilen grosse Schwierigkeiten bietet, indem die lobuläre und Bronchopneumonie zusammengeworfen werden und gleichermassen im Greisenalter, in welchem selbst spärliche Absetzungen von schweren Allgemeinerscheinungen begleitet werden.

Man muss schon unter diesen Umständen die statistischen Zahlen mit grossem Misstrauen betrachten, wenngleich aus ihnen hervorzugehen scheint, dass das Kindes- und Greisenalter am häufigsten und heftigsten von der Pneumonie befallen werden. Unter 503 Fällen hat Juergensen 313 d. h. 62% bei Kindern unter 14 Jahren gefunden, während die 190 übrigen sich derart vertheilen, dass für das reifere und Greisenalter zwei Mal so viel entfallen, als für die Jugend. Auch Wolfberg hebt die grosse Häufigkeit der Pneumonie bei Kindern hervor.

d) Geschlecht. Wenn nach der Statistik mehr Männer als Frauen befallen werden, so scheint dies auf die Art der Beschäftigung (Erkältung) sowie auf die Thatsache zurückgeführt werden zu müssen, dass in den meisten Hospitälern überhaupt mehr Männer als Frauen aufgenommen werden.

e) Constitution. Auch die Behauptung, dass mehr kräftige als schwächliche Individuen von Pneumonie befallen werden, lässt, wenn sie begründet, mancherlei Erklärung zu. Man kann im Gegentheil behaupten, dass eine kräftige Constitution gewisse Garantien bietet gegen das Befallenwerden von Pneumonie. Das endemische Vorkommen dieser Krankheit in den Gefängnissen und inmitten einer schlecht genährten Bevölkerung, ihre Häufigkeit und Schwere bei Greisen, cachektischen Personen, namentlich bei Diabetikern, Alkoholikern, ihr Ausbruch im Verlauf oder in der Reconvalescenz infectiöser Krankheiten, diese Thatsachen bezeugen, dass sie nicht von dem gewöhnlichen Gesetz abweicht, sondern umsomehr den Organismus befällt, um so schwächer derselbe und dass sie die Schwächung desselben fördert. Die gegentheilige Meinung konnte sich nur festigen zu einer Zeit, in welcher man über unvollkommene Hilfsmittel der Diagnose verfügte und nur bei kräftigen Individuen die Krankheit erkennen konnte, während man sie leicht bei Schwächlichen, Cachektischen bereits durch anderweite Erkrankungen Erschöpften verkannte, insofern die adynamischen oder fremdartigen Symptome ihre charakteristischen Kennzeichen vernichten und dem Beobachter entzogen.

f) Trauma. Traumatisch kann die Pneumonie durch penetrirende Wunden der Brustwand, Rippenfracturen und Contusionen der Lungen zu Stande kommen. Die Arbeit von Courtois und Cahen zeigt, dass die einfachste Contusion hinreicht, eine Pneumonie hervorzurufen, eine Thatsache, die Litten bestätigt. Litten hält diese Art der Pneumonie nicht für selten vorkommend bei den Handarbeitern, die sich mit grossen Lasten beschäftigen und bei denen mechanische Verletzungen gewöhnlich sind. Unter 320 Fällen von Pneumonie (hierbei sind nur Männer gezählt), welche Litten in der Klinik in Berlin beobachtete, während neue Stadttheile, insbesondere die Stadtbahn gebaut wurde, fand er 40 Fälle, d. h. 4%, in welchen eine Contusion die Ursache! Die stete Entwicklung der Pneumonie erst einige Tage nach der Contusion, die That-

sache, dass sich die Pneumonie häufig in einer Gegend entwickelt, die diametral entgegengesetzt dem Orte der Contusion, lässt auf einen nervösen Ursprung schliessen.

g) Einfluss eines vorausgegangenen Anfalls. Recidive. Unter 157 sorgfältig von GRISOLLE beobachteten Fällen boten 53 vordem mehrere Kennzeichen einer hinreichend charakterisirten Pneumonie und die Zahl der Recidive wechselte von 1 bis 8. Unter 210 von MOELLMANN aufgezählten Fällen kam in einem Falle ein Recidiv 13 Mal vor.

F. Contagion der Pneumonie. GRISOLLE leugnet die Contagion der Pneumonie, indem diese Schicht unvereinbar und im Gegensatz stehend mit der täglichen Erfahrung. Man muss hier in Erwägung ziehen, dass GRISOLLE die Beobachtungen stützt auf das Material eines Krankenhauses einer grossen Stadt, während die Erfahrungen der Landpraxis jenes Vorkommen unterstützen. NETTER hat in einer interessanten, im Archives générales de médecine en 1888 veröffentlichten Arbeit, die in der Literatur zerstreuten Beobachtungen über contagiöse Verbreitung der Pneumonie zusammengestellt. Gelegentlich der oben erwähnten Epidemie in Behrenbach berichtet BUTRY, dass, während der Sohn eines Pächters, der sich nach bestandener doppelseitiger Pneumonie, bei seinen, eine isolirte Mühle bewohnenden, Eltern erholen wollte, der Vater, die Mutter und ein Enkel sich diese Krankheit, kurze Zeit nach der Ankunft des jungen Mannes zuzogen.

SCHROETER-Liebenzell erwähnt nicht weniger beweiskräftige Thatsachen. Ein junger Mann litt im October 1887 an Rheumatismus. Nach Ablauf von sechs Wochen Reconvalescent und im Stande das Bett zu verlassen, wurde sein Vater von einer linksseitigen Pneumonie ergriffen, die innerhalb 14 Tage heilte. Vater und Sohn schliefen in einem Bett. Etwa am achten Tage der Erkrankung des ersteren, wurde der letztere, der das Zimmer nicht verlassen, von Schüttelfrost befallen, dem eine rechtsseitige Pneumonie folgte. SCHROETER bemerkt, dass zur Zeit dieser Beobachtung sehr wenig Pneumonieen in der Gegend vorkamen.

Diese Beobachtungen, einer Contagion der Pneumonie, finden ihre Stütze in einer interessanten Mittheilung, die PROBY in der Gesellschaft der Aerzte zu Lyon im J. 1889 vorbrachte. Es handelte sich um 3 Fälle von Pneumonie bei einem Bäcker in demselben Local. Während der erstere Reconvalescent, ergriff die Krankheit am 10. December den Sohn, am 15. December den zweiten Sohn, der den ersteren Erkrankten ersetzen sollte und dasselbe Bett, dieselben Tücher wie der erstere gebrauchte. Ein dritter Sohn wird am 18 December herbeigerufen, er schläft mit dem Zweiten während der Nächte vom 18. bis 20. December und wird alsdann ebenfalls ergriffen.

Die Uebertragung der Krankheit kann endlich durch Vermittelspersonen stattfinden, welche sich in Berührung mit dem Kranken befanden, ohne von ihm angesteckt zu werden. WINTHER-Blyth berichtet, dass ein junges Dienstmädchen eines Landwirthes, dessen Familienmitglieder soeben an Pneumonie gelitten, das Haus ihres Herrn verlässt, um sich bei ihrer entfernt wohnenden Schwester unterzubringen. Kurze Zeit nach ihrer Ankunft erkrankt sie an ihrem neuen Domizile an Pneumonie, welche zugleich mehrere Personen angreift. Aehnliche Beobachtungen sind während der Epidemie im Gefängniss zu Mohringen gemacht wurden: Wärter, die verschont geblieben, übertrugen die Krankheit nach aussen auf die Familie, deren Mitglieder niemals mit der Anstalt in Berührung gekommen. KUHN, der Arzt, wurde selbst befallen, ebenso der Kutscher, der die Kleider reinigte, dann wurde die Magd ergriffen, welche die letzteren ins Zimmer trug, dann ein Mädchen von vier Jahren, welches die Gewohnheit hatte, sich um den Hals des Vaters zu schlingen, wenn er eintrat. Die Magd, nach Hause auf drei Stunden Entfernung geschickt, steckte ihre Schwester an, welche 8 Tage darauf erkrankte.

Es scheint, dass die Contagion auch gleichermassen durch Vermittelung der Luft zu Stande kommen kann, wie daraus hervorgeht, dass Kranke von der Pneumonie befallen werden, ohne ihr Bett oder deren Nachbarschaft verlassen zu haben.

Die bedeutungsvolle Aufgabe der Aetiologie ist es, die im Vorstehenden geschilderten begünstigenden Ursachen mit den directen in Einklang zu bringen.

Wir kennen gegenwärtig den pathogenen Mikroorganismus der Pneumonie. Die Epidemiologie und klinische Erkenntniss hat indess schon lange bevor die Specificität dieser Erkrankung erkannt.

A. Der Pneumococcus; seine morphologischen Eigenschaften. Als Krankheitserreger wird fast ausschliesslich der A. FRÄNKEL'sche Pneumoniecoccus, ein ovalär gestalteter Diplococcus, dessen Glieder lancettförmig sind, angesehen, während der FRIEDLÄNDER'sche Pneumoniecoccus (richtiger Bacillus) meist als ein «nachträglicher Ansiedler», nicht aber als Krankheitserreger der Pneumonie betrachtet wird.

B. Constantes Vorkommen in den pneumonischen Herden. Alle Forscher von FRÄNKEL bis FATICHI, BAZZOLO, MONTI, NETTER, GAMALEIA, GUARNERI, PATELLA, BANTI haben den Pneumococcus in der grossen Mehrzahl der Fälle nachgewiesen. Die wenigen Ausnahmen mögen durch unvollkommene Untersuchungsmethode oder Vergänglichkeit des Parasiten ihre Erklärung finden, indem derselbe, wenn nicht die Untersuchung alsbald geschieht, sich dieser entziehen kann.

Nach dieser experimentell und klinisch hunderftältig festgestellten Thatsache, ferner nach dem wiederholten Nachweis einer directen Ansteckungsfähigkeit der Pneumonie von Person zu Person vermittelst des Sputums (Küssen, Benützen derselben Taschentücher) endlich nach dem öfter constatirten epidemischen und endemischen Auftreten ist dieselbe als Infectionskrankheit aufzufassen.

C. Ort und Art des Vorkommens. Wir verdanken der Bacteriologie nicht nur die Erkenntniss des Pneumococcus, sondern auch, was für die Prophylaxe von grosser Wichtigkeit, gewisse Anzeichen des Lieblingsitzes, der Predilection. Die umgebenden Medien scheinen für seine Erhaltung günstig. PAWLOWSKY und EMMERICH haben in dieser Beziehung wichtige Thatsachen erbracht. Der Erstere hat in der Luft des anatomischen Institutes im Verlaufe einer Epidemie unter den daselbst Angestellten Mikroorganismen von den morphologischen Eigenschaften nach FRIEDLÄNDER und pathogene für Ratten, Kaninchen und Hund dargestellt. Der Letztere hat diesen Mikroorganismus exhumirt aus dem Fehlboden eines Gefängnisses, in welchem die Pneumonie endemisch.

Meist bildet aber der Mensch selbst den Aufenthaltsort, das Receptakel der Predilection. PASTEUR hat den Pneumococcus im Munde, im Pharynx und in den benachbarten Höhlen entdeckt, NETTER in der Eustachischen Röhre; man hat ihn verfolgt bis zu den Bronchien (PASTEUR, BESSER, NETTER) und im Schweiss von in Folge von Pneumonie Genesenen nachgewiesen, swie bei Solchen, die niemals von der Krankheit befallen.

D. Mechanismus der Infection. Die Thatsache, dass der Pneumococcus in den verschiedenen Abschnitten der Respirationsorgane gefunden worden, vom Mund und der Nasenhöhle an bis zu den tieferen Theilen, lässt keinen Zweifel über die Art der Infection und über das Fortschreiten der krankheitserregenden Agens durch Aspiration. Man muss nach den vorliegenden Thatsachen und Versuchen (WEICHSELBAUM) schliessen, dass die Pneumonie unter die Inhalationskrankheiten gehört, deren Localisation in die Lungen in der grossen Mehrzahl der Fälle der allgemeinen Infection vorangeht.

E. Parallele zwischen den biologischen Eigenschaften des Pneumococcus und den anatomisch-klinischen Eigenheiten der Pneumonie.

Wenn die Culturen des Pneumococcus ihre Virulenz gegen den siebenten Tag hin verlieren, so stimmt dies mit der Thatsache der Defervescenz dieser Affection um diese Zeit überein. Dass die Krisis abhängig von dem Erlöschen der pathogenen Eigenschaften des Mikroorganismus, wird auch durch die That-

sache erwiesen, dass der Speichel der Kranken, welcher auf der Höhe des Krankheitsprocesses durch Inoculation bei Thieren eine Infection zur Folge hat, unwirksam wird mit dem Tage, an welchem die Krise eintritt. (NETTER). Und was das Ergebniss bezüglich der Expectoration betrifft, so erscheinen die Versuche von PATELLA beweiskräftig, welcher bei zehn Kranken im fieberhaften Process, aus dem Auswurf sehr virulente Pneumococcen darstellte, während mit eintretender Defervescenz die Culturen steril blieben.

F. Die Rolle der begünstigenden Veranlassungen in ihrem Verhalten zur Bacteriologie. Bei der Häufigkeit des Eindringens des Pneumococcus in die Luftwege erscheint das verhältnissmässige seltene Eintreten der pneumonischen Erkrankung bei oberflächlicher Betrachtung auffallend. Die Erklärung ist aber leicht und einfach. Im normalen Zustande sind wir gegen die Virulenz des Pneumococcus sowie anderer Mikroorganismen gewappnet. Erst wenn die von uns als begünstigende Momente erwiesenen Umstände: Erkältung, Trauma, Mängel der eingeathmeten Luft, Ueberanstrengungen etc., die physiologischen Bedingungen stören, mittels welcher der Organismus dem schädlichen Eingreifen der Mikroorganismen widersteht, unterliegen wir deren Schädlichkeit. Die Experimente von PLATANIA, LIPARI, FRIEDLÄNDER, SERAFINI bestätigen diese Anschauung.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

Sitzung vom 13. Dezember 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Dr. Nobl: *Ein Fall von Meningomyelitis luetica.*
(Autorreferat).

Vortragender stellt einen Patienten vor, an welchem die in jüngster Zeit vielfach hervorgehobenen und geltend gemachten ätiologischen und klinischen Beziehungen zwischen Syphilis und Erkrankung des Centralnervensystems in prägnanter, überzeugender Weise zum Ausdrucke gelangen; Patient bietet seitens des Nervensystems das bekannte Symptomenbild, das von ERB als luetische Spinalparalyse beschrieben, von OPPENHEIM als Meningomyelitis luetica gedeutet wird und ist ausserdem mit einem wohlausgebildetem, der Spätperiode der Lues entsprechendem Syphilide behaftet. Im Jahre 1870 an der II. Syphilis-Abtheilung des Allgem. Krankenhauses gegen eine Sclerose, Plaques im Munde und Exanthem durch fünf Wochen mit Inunctionen behandelt, will Patient bis vor vier Jahren frei von Recidiven gewesen sein; zu jener Zeit entwickelte sich an der Aussenseite des linken Unterschenkels eine Geschwulst, die innerhalb zweier Jahre, bis über faustgross wurde und sich schliesslich auf eine Jodkalimedication vollständig rückbildete (Gumma). Die gegenwärtigen Infiltrate entwickeln sich seit einem Jahre.

Man sieht am linken Vorderarm, an der Stirne und behaarten Kopfhaut, theils überhäutete, theils exulcerirte, isolirte und in serpiginösen Linien angeordnete gummöse Infiltrate, dabei besteht Alopecia, Psoriasis linguae, Leucoplakia buccalis und Auftreibung des Periosts längs der Tibien.

Seitens der Hirnnerven ist abgesehen von einer, durch anatomische Veränderung der Trommelfelle (Narbige Retraction mit Kalkauflagerungen) bedingten Abnahme der Hörschärfe, keinerlei Abweichung von der Norm constatirbar, ebenso sind die Sensibilitäts- und Motilitätsverhältnisse der oberen Extremitäten normal. Auffallend ist der hochgradig-spastisch-paretische Gang des Patienten, dabei besteht nur sehr geringe Muskelstarre, bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnen-Reflexe im Bereiche der unteren Extremität, Herabsetzung der tactilen Sensibilität, Druckempfindlichkeit zwischen dem 7. und 11. Brustwirbel, bedeutende Blasen und Mastdarmstörungen und Erloschensein der Potenz. Diese Störungen sollen vor 6 Jahren mit Schmerzen im Rücken, die gegen die Beine ausstrahlten und Gefühl von Spannung in den Beinen begonnen haben, und nahmen mit deutlichen länger andauernden Remissionen, bis zur heutigen Intensität, stetig zu.

Patient wird einer energischen antiluetischen Behandlung (Injectionen von Ol. Cinereum-Lang und Jodkali intern) unterzogen werden und ist von einem Erfolge der Medication eine weitere Bekräftigung für den luetischen Charakter der Spinalaffection zu erwarten.

* * *

Prof. v. Schrötter: *Ueber Dextrocardie.*

Vortragender demonstrirt einen Mann mit vollständigem Situs viscerum perversus, bei dem auch eine Transposition der Testikel nachweisbar ist. ROKITANSKY nahm Letzteres für alle Fälle von Situs viscerum perversus an, doch stimmt dies nicht nach den Erfahrungen SCHRÖTTER's.

Wichtiger sind jene Fälle, wo eine ganz atypische Lageveränderung des Herzens allein vorkommt, welche sowohl angeboren, als auch durch pathologische Processe bedingt sein kann. Vortragender stellt hierbei einen Mann mit linksseitigem Pyo-Pneumothorax vor, bei dem der Herzstoss ausserhalb der rechten Brustwarze zu tasten ist.

Vortragender demonstrirt ferner ein Mädchen, bei dem das Herz in Folge Schwielenbildung, resp. durch Retraction so verlagert ist, dass man den Herzstoss in der linken Axillarlinie fühlt. An der normalen Stelle des Herzens findet sich vollkommen leerer Schall, da diese durch die linke Lunge ausgefüllt ist.

Häufig bleibt die Dextrocardie lange Zeit vorborgen, bis sie durch Zufälligkeiten entdeckt wird. Ein häufiges Symptom soll die angeborene Cyanose sein.

Vortragender hat drei Fälle von angeborener reiner Dextrocardie beobachtet.

Vortragender demonstrirt nun einen jungen Mann, welcher selbst entdeckte, dass er sein Herz auf der rechten Seite habe und nun beabsichtigt, seinen Körper an das britische Museum zu verkaufen.

Vortragender demonstrirt zum Schlusse eine Frau, bei der ausser dem leicht constatirbaren Situs cordis transpositus noch eine bedeutende Stenose des Conus arteriosus pulmonalis besteht. KUNDRAT hat auch der Meinung Ausdruck gegeben, dass bei diesem Zustande oft weitere Verbildungen bestehen und dass man demnach bei der Diagnose sehr vorsichtig sein müsse, besonders wenn man einen reinen Fall von Dextrocardie gefunden zu haben glaubt. Da diese Fälle auch bei Krankenerscheinungen, sowie bei Superarbitrirungen von Wichtigkeit sind, so erheischen sie eine besondere Aufmerksamkeit. *Dr. Em. Mandl.*

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 20. November 1893).*

Dr. Jürgens: *Complication von Syphilis und Tuberkulose. — Perityphlitis.*

Dr. JÜRGENS demonstrirt Präparate von einem 53jährigen Manne, welcher vor längerer Zeit eine syphilitische Cur mit zahlreichen Recidiven durchgemacht hat. Während des 14 tägigen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik ergab sich keine Klarstellung der Art des Leidens. Bei der Section fanden sich in den Lungen alte phthisische Veränderungen, ausserdem multiple Herde von Bronchitis chronica obliterans, wie sie bei Syphilitischen vorzukommen pflegen. Die Todesursache war offenbar eine tuberkulöse Pleuritis dextra. Es fand sich ferner eine syphilitische Erkrankung der Leber, sowohl an der Oberfläche, wie im Innern. Die Oberfläche des Darmes zeigte Veränderungen, wie sie sowohl bei syphilitischen wie bei chronisch verlaufenden tuberkulösen Processen vorkommen. Milz und beide Nieren zeigten neben zahlreichen Narben chronische interstitielle diffuse Erkrankung. Die Geschwüre im Darm sahen theils wie tuberkulöse aus, ringförmig mit kallösen Rändern und ausgefressenem Grund, sowie Wucherungen auf der Serosa. Andere Geschwüre zeichneten sich durch auffallend starke Retraction aus, wie bei alten syphilitischen Ulcerationen. Am Dünndarm war auffallend die Bildung von Wucherung der Geschwüre an den Rändern wie am Grunde weder gummöser noch tuberkulöser Art. Besonders bemerkenswerth waren endlich noch am Colon ascendens und trans-

*) Nach dem Berichte der «Deutschen Mediz.-Zeitung» Nr. 99, 1893.

versum zahlreiche polypöse Wucherungen von Erbsen- bis Kirschgrösse. Im Colon descendens apfelgrosse Tumoren mit blumenkohlartiger Oberfläche und ulcerösen Veränderungen. Oberhalb der Kloake des Rectums bestand eine Enteritis chronica polyposa. Der Fall zeigt, dass Syphilis, Tuberkulose und polypöse Wucherungen nebeneinander bestehen und bei schwerster Degeneration der Organe ohne Störungen allgemeiner Natur verlaufen können.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Verstopfung des Proc. vermiformis durch einen Gallenstein. Letzterer lag auf dem Peritoneum. In der Umgebung des Gallensteins war eine peritonitische Wucherung aufgetreten, so dass der Stein eingehüllt war. Diese Form der Perityphlitis wäre ohne weitere Complicationen zur Heilung gekommen. Am Schädeldach findet sich aber ausserdem noch eine Pachinische Wucherung, welche eine Perforation des ganzen Schädeldaches in Zweimarkstückgrösse herbeigeführt, auch einen Theil des Hirns und der Hirnhäute in Mitleidenschaft gezogen und zur Gehirnerweichung geführt hat.

* * *

Dr. Jacobsohn demonstrirt an dem Gehirn einer an Apoplexie verstorbenen 62 jährigen Frau eine ganz abnorm ausgebildete Arteriosclerose sämmtlicher Gehirnarterien.

* * *

Dr. Klemperer: *Epileptische Anfälle bei Aortenstenose.*

Dr. KLEMPERER demonstrirt einen Patienten unter Hinweis auf LEYDEN's kürzliche Bemerkung, dass in Folge stenotischer Verengerung der Ostien zeitweise Anämie des Gehirns und durch plötzliche Blutverarmung des Gehirns in der That epileptische Anfälle eintreten könnten. Patient war vor zwei Jahren bewusstlos auf der Strasse zusammengebrochen, erholte sich wieder und zeigte bei der Untersuchung ein systolisches Geräusch. Auffallend war der kaum fühlbare Puls und die ausserordentlich starke Bläse. Das systolische Geräusch war am auffallendsten an der Aorta. Keine Spur von Erweiterung des Herzens nach rechts, schwache Erweiterung nach links. Diagnose: Aortenstenose und durch Blutmangel des Gehirns Epilepsie. Patient hat seitdem mehrmals epileptische Anfälle gehabt, zuweilen auch nur langdauernde Ohnmachtsanfälle.

Dr. JASTROWITZ: Offenbar ist die Aortenstenose ein dauernder, die Epilepsie nur ein zeitweiser Zustand. Um letzteren auszulösen, müssen noch andere Momente hinzukommen. Welcher Art sind diese?

Dr. KLEMPERER glaubt, dass es besonderer Erregungen bedarf, so dass das Blut nach anderen Gefässgebieten strömt und das Gehirn anämisch wird.

Prof. GERHARDT hat bei Mitralstenose rhythmische Erweiterung und Verengerung der Pupille beobachtet.

* * *

Dr. H. Neumann: *Geheilter Fall Addison'scher Krankheit.*

Der jetzt 57 jährige Patient hat in seiner Jugend an Fieber, später an Recurrens gelitten. Am 7. April 1880 kam Patient in das Krankenhaus Moabit, wurde dort jahrelang beobachtet und später wiederholt controllirt. Patient gab damals an, dass er bis vor 14 Tagen vollkommen gesund gewesen und seinem Beruf als Kohlenträger nachgegangen sei. Dann wurde er täglich schwächer und suchte schliesslich das Krankenhaus auf. Auf dem Wege dorthin sank er bewusstlos zusammen. Als NEUMANN den Kranken zuerst sah, lag er in passiver Seitenlage da und gab nur auf lautes Befragen Antwort. Er befand sich in einem Zustande der äussersten Schwäche. An den inneren Organen keine Veränderung nachweisbar; am Herzen und in den Venen anämisches Geräusch; im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Im Gesicht und am Oberarm leicht bräunliche Färbung, welche seit vielen Jahren besteht. An einzelnen Hautpartieen, besonders am Rumpf und am Oberschenkel, dunklere Flecken von ziemlich gleichmässig dunkel schwarz-braunem Aussehen. Besonders dunkle Nüancen am Hals, der Unterbauch-, Kreuz- und Analgegend. Lippen- und Wangenschleimhaut wie der harte Gaumen sind intensiv und dicht mit dunklen Flecken besetzt. Dagegen sind der harte Gaumen, Pharynx und Augenhintergrund nicht pigmentirt. Diagnose: Morbus Addisonii. Der Schwächezustand des Patienten war ein so hochgradiger, dass der Kranke erst im Januar nächsten Jahres anfing, mit Hilfe des Stockes einige Schritte bei schleppendem, vorsichtigem Gang zu gehen. Erst im März 1882 war Patient im Stande, den ganzen Tag ausser Bett zuzubringen. Am 20. Juni 1885 bemerkte Patient, dass er bei Bewegungen stark zu zittern begann. Objectiv zeigte sich mässige Herabsetzung der motorischen Kraft sowohl in den Armen wie in den Beinen, und selbst im Januar 1886 konnte Patient den Dynamometer nur bis auf 5—10 Theilstriche zusammendrücken. Erst im Beginn des Jahres 1888 konnte Patient wieder wie früher seine Kohlen tragen. Das Zittern war Jahre hindurch sehr ausgesprochen und ist jetzt noch in geringem Grade vorhanden. Sehnen-, Muskel- und Periostreflexe sehr ausgesprochen. Eine gewisse Erhöhung derselben hat sich bis jetzt erhalten. Sensibilität dauernd normal. Am 8. Juni 1885 Parästhesien in den Armen und Fingern, sowie Schmerzen in allen Gelenken.

Mehrere Monate bestand auch im linken Schultergelenk eine Entzündung, welche später ausheilte. Sinnes- und Brustorgane dauernd normal, ebenso wie die Verdauung. Niemals Diarrhöe oder Verstopfung. Urin zunächst ziemlich zahlreich, später spärlich. Appetit ganz vorzüglich; das anfängliche Körpergewicht von 54 *kgr* stieg bis zum Jahre 1885 auf 63 *kgr*. Gleichzeitie mit der Gewichtszunahme verriigerte sich auch die Anämie. Anfänglich waren die Indikanmengen im Urin vermehrt, später kaum noch in Spuren nachzuweisen. Allmählich hat sich die dunklere Färbung der Epidermis abgestossen, die braune Nüancirung der Haut und die Pigmentirung der Schleimhaut sind geringer geworden. Auch die ausserordentlich heftigen Schmerzen, welche in der Gegend der unteren linken Rippen bis zum Intercapularraum bestanden, schwanden ganz allmählig bis zum März 1887. Seitdem wurden sie niemals mehr wahrgenommen. Seit $6^1/_2$ Jahren hat der Kranke sich wieder wohl gefühlt.

Ein Moment von allgemeinem pathologischen Interesse bilden die Ergebnisse der wegen der Anämie des Kranken angestellten Bluntuntersuchungen. Beim Eintritt des Patienten in das Krankenhaus ergab die Blutmessung 2,020.000 rothe Blutkörperchen per Millimeter. Die Zahl derselben wuchs dann bis zum 20. Januar auf 5 Millionen und stieg bis Januar 1885 auf über 7 Millionen, um bis zum Januar 1886 auf die frühere Höhe zurückzugehen. Die weissen Blutkörperchen scheinen bei diesen Veränderungen nicht betheiligt gewesen zu sein. Die Polycytaemia rubra lag offenbar in der Regeneration des Blutes begründet. NEUMANN glaubt mit SAMUEL und WEIGERT, dass die Regeneration eine progressive Gewebsänderung in Folge der Proliferationsfähigkeit der Gewebe ist, und dass es schliesslich zu einer Luxusproduction kommt, welche später wieder abnimmt. Eine solche regenerative Hyperplasie des Gewebes ist auch von den Knochen und Muskeln bekannt, und ebenso von zahlreichen drüsigen Geweben nachgewiesen. Auch nach dem Gebrauch von Levico-Eisenwasser ist eine Ueberproduction an rothen Blutkörperchen und Polycytämie beobachtet worden.

Was die im vorliegenden Falle eingeschlagene Therapie anbetrifft, so wurde Patient mit dem constanten Strom, später vorübergehend mit Eisen behandelt.

Dr. G. LEWIN: Zur ADDISON'schen Krankheit gehört 1. die Bronzefärbung, 2. die Adynämie, 3. gastrische Erscheinungen. Letztere fehlen hier gänzlich, während LEWIN fast immer Erbrechen und Diarrhöe, abwechselnd mit Verstopfung gefunden hat. Ferner ist gewöhnlich keine Anämie, sondern Adynämie vorhanden. Die Bronzefärbung kann auch durch verschiedene Erkrankungen des Centralnervensystems hervorgerufen werden; es tritt Lähmung der Chromatoren oder Hypertonie der Haut ein. Man könnte also im vorliegenden Falle bei dem Mangel an adynamischen und gastrischen Zuständen daran denken, dass doch eine andere Krankheit als die ADDISON'sche vorliegt. Was die Heilung anlangt, so hat LEWIN unter 800 Fällen nur 4 Mal Heilung in Fällen constatiren können, welche nicht sehr ausgesprochen waren. Diese Patienten wurden durch roborirende Diät, Eisen und Chinin, merkwürdigerweise in einigen Fällen auch durch Quassia und grosse Gaben Glycerin geheilt. Besserung liess sich in 28 Fällen beobachten. Schliesslich

möchte LEWIN noch auf die glänzende, perlartige weisse Farbe der Conjunctiva bei Morbus Addisonii hinweisen.

Prof. GERHARDT: Krankheitsnamen haben im allgemeinen nur die Bedeutung von Schubfächern. Die Diagnose muss nicht darauf hinausgehen, ob Jemand die Krankheit hat, welche ADDISON beschrieben hat, sondern darauf, die anatomischen und physiologischen Veränderungen nachzuweisen. Bronzehaut mit Anämie und verschiedenen anderen Störungen kann durch länger einwirkende Erkrankung der Nebennieren hervorgerufen werden. Die Literatur lehrt, dass verschiedene Krankheiten der Nebennieren die Veränderungen bewirken können. Die allerhäufigste Ursache ist allerdings die Tuberkulose, ferner Carcinom der Nebennieren und endlich Blutungen in diese Organe, Momente, die offenbar hier nicht in Betracht kommen.

Dr. NEUMANN: Der Umstand, dass keine gastrischen Störungen vorhanden waren, kann die Diagnose nicht erschüttern. Die übrigen Erscheinungen waren so langwierige und so ausgesprochene, dass in der That an der Diagnose nicht zu zweifeln war. Im übrigen theilt LEWIN in seiner eigenen Arbeit eine ganze Anzahl von Fällen mit, in welchen Anämie bestanden hat. In LEWIN's Zusammenstellung finden sich im ganzen nur 10 Heilungen, von denen nur die letzten 4 gut beobachteten Fälle als wirkliche Heilungen gelten können; in einem Falle bestand die Heilung noch nach 2 Jahren fort, in einem anderen noch nach 24 Stunden. In Bezug auf die Frage, ob die Nebennieren in wirklichem Connex mit der Krankheit stehen, verweist Redner auf die von LEWIN constatirte Thatsache, dass in 2 Fällen von Morbus Addisonii gar keine Nebennieren, in 4 Fällen nur je eine Nebenniere vorhanden war. Auf Grund dieser Thatsache erscheint das Postulat der Erkrankung der Nebenniere in seiner Bedeutung für die ADDISON'sche Krankheit sehr geschwächt.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Klinik der Krankheiten der Harnblase und Prostata.

Nach den Vorlesungen im Hôspital Necker von **Prof. F. Guyon.**
Bearbeitet von **Dr. M. Mendelsohn.**
Verlag von August Hirschwald, Berlin 1893.

Der Namen GUYON, der auf dem Titelblatte des vorliegenden Werkes steht, verbürgt allein schon dem Buche weite Verbreitung, macht es aber andererseits begreiflich, dass man bei seiner Beurtheilung den strengsten Massstab anlegt. Das Werk zerfällt in 5 Abtheilungen. Dieselben handeln über die Geschwülste der Harnblase und ihre chirurgische Behandlung, über Prostatahyperthrophie, über die Cystitis und ihre einzelnen Formen, über Entzündung und Neubildung der Prostata und über «Ergänzungen und Einzelheiten» (Blutungen bei Harnverhaltung, Blasenausspülungen, Diagnose der Blasensteine, etc.). Schon aus dieser Eintheilung ersieht man, dass von einer vollkommenen Erschöpfung des ganzen Stoffes absolut nicht die Rede ist. MENDELSOHN hat nur eine Reihe von Vorträgen GUYON's über besonders wichtige Themen aus dem Gebiete der Urologie herausgehoben und dem deutschen Leserpublikum zugänglich gemacht. Die Art und Weise, in welcher wir den Stoff abgehandelt finden, ist eine von der gewohnten sehr stark abweichende. Ueberall finden wir für die Stellung der Diagnose die functionellen und subjectiven Symptome in den Vordergrund gerückt. Viele objective Untersuchungsmethoden werden gar nicht erwähnt oder ganz in den Hintergrund gestellt. Die Cystoskopie existirt für GUYON überhaupt nicht, ein gewiss nicht zu billigender Standpunkt. Bei der Diagnose der Blasensteine soll nach GUYON die Diagnose gestellt sein, ehe man ein Instrument in die Hand nimmt und die Untersuchung mit der Steinsonde soll nur einen bestätigenden Werth haben. Bekannt ist auch die interessante aber unbewiesene Auffassung GUYON's über die Natur der Prostatahyperthrophie als Ausdruck der Arteriosclerose.

Hervorhebenswerth erscheint es, dass GUYON auf Grund seiner grossen Erfahrung als Normalmethode für die Exstirpation der Blasentumoren den hohen Schnitt anerkennt. Bekannt ist ferner GUYON's Vorliebe für die Höllensteinbehandlung der Cystitis. Beherzigenswerthe Rathschläge gibt GUYON für die Ausführung der Blasenausspülungen, wie denn überhaupt der Vorzug des Werkes in der Verwerthung der praktischen Erfahrung des Autors liegt. Gleichzeitig gibt uns dieses Buch einen klaren Begriff von der diagnostischen Methodik GUYON's, einer sehr interessanten und lehrreichen Methodik, wenn sie auch jetzt zum Theil durch vervollkommnete Untersuchungstechnicismen obsolet geworden. Reiche Anregung wird aus GUYON's Werk jeder Arzt schöpfen und nicht nur der Anfänger, auch der Erfahrene wird es nicht ohne Gewinn lesen, wenn wir es auch aus den angegebenen Gründen nicht als Lehrbuch empfehlen könnten. Die Uebersetzung ist eine sehr gefällige. *J. S.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Für Aerzte und Studirende.
Von **Professor Dr. A. Wolff,**
Director der dermatologischen Klinik an der Universität Strassburg.
Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1893.

Mit dem vorliegenden Handbuche hat die seit Jahresfrist im Verlage ENKE's erscheinende Sammlung medicinischer Lehrbücher eine weitere Ergänzung und, wie wir gleich hinzufügen wollen, die fachschlägige Literatur eine bemerkenswerthe Bereicherung erfahren.

Der gewiss nicht leichten Aufgabe, ein kurzes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten zu schreiben, das einerseits dem Lernenden zur ersten Einführung in das Studium der genannten Specialfächer dienen, andererseits dem Praktiker eine gewisse Sicherheit in der Diagnose und Behandlung gewährleisten und eine rasche Orientirung im wissenschaftlichen Materiale ermöglichen soll, versteht es Verfasser durch kurze, präcise und dabei doch möglichst anschauliche Schilderung der Krankheitsprocesse sowie auch durch eingehendste Berücksichtigung der Diagnostik und Therapie, bei Vermeidung aller weitführenden theoretischen und controversen Auseinandersetzungen, vollauf zu genügen und lässt sich wohl vorhersagen, dass sich das Handbuch in den Kreisen, denen es gewidmet ist, baldmöglichst einbürgern wird.

In der ersten Abtheilung des 627 Seiten starken Werkes finden sich die Hautkrankheiten abgehandelt, welche, ohne dass sich Verfasser an eine der gebräuchlichen Eintheilungen halten würde, doch hauptsächlich nach ätiologischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten gruppirt erscheinen. Bezüglich dieses Abschnittes müssen wir, bei aller Würdigung des vorzüglich praktischen Zweckes, doch der Bemerkung Raum geben, dass die Beschreibung der Anatomie zu kurz weggekommen ist, eine genauere Darlegung der den einzelnen Dermatonosen zu Grunde liegenden histologischen Verhältnisse hätte jedenfalls das Verständniss mehr gefördert und hätte dem Lehrzwecke mehr gedient, als dies von den in den Text gedruckten Abbildungen von Krankheiten und Instrumenten, sowie von der Beschreibung singulärer Beobachtungen und seltenster Affectionen zu erwarten ist.

Die zweite Hälfte des Buches ist der Pathologie und Therapie der Gonorrhoe, des venerischen Geschwürs und der Syphilis gewidmet, welche Krankheitsprocesse, vom streng dualistischem Standpunkte aus, eine den neuesten ätiologischen und bacteriologischen Anschauungen entsprechende objective und übersichtliche Darstellung erfahren. *Dr. G. Nobl.*

Krankendienst.

Von **Dr. med. Emil Guttmann.**
Mit 45 Abbildungen.
Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). Leipzig 1893.

Vorliegendes Werkchen, in erster Linie für Krankenpfleger bestimmt, wird auch dem Arzte, namentlich dem Neuling in der Praxis, von Nutzen sein. Es enthält eine Fülle von praktischen Anweisungen, die sich auf den Krankencomfort beziehen und die angewendeten Heilmethoden auf's kräftigste zu unterstützen vermögen. Sie bilden das Kleingeld des Arztes, der auch in den kleinsten Handgriffen, die man auf der Hochschule zu erlernen kaum Gelegenheit findet, seine Superiorität dem Laien gegenüber erweisen soll. *M. N.*

Zeitungsschau.

Dr. Theilhaber (München): **Beziehungen gastrointestinaler Affectionen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.** (Münchener med. Wochenschrift Nr. 47 u. 48, 1893.)

Zwischen dem früheren Standpunkt aller vervösen Leiden der Frauen auf Erkrankungen der Geschlechtsorgane zu beziehen und dem entgegengesetzten der neueren Nervenärzte (neuestens von Prof. de GIOVANNI aus Padua in der Intern. klin. Rundschau 1893 Nr. 27 und folg. in seinem Artikel: «Gegen die chirurgische Behandlung der Neurosen» ausgesprochen) jeden Zusammenhang von Nervenkrankheiten und Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane zu leugnen, nimmt Verfasser eine vermittelnde Stellung ein.

Er gibt zu, dass schwere Neurosen bestehen können ohne Genitalerkrankung, dass in anderen Fällen die Beseitigung von bestehenden Genitalleiden ohne Einfluss auf ein vorhandenes Nervenleiden bleibt, sucht aber aus der reichen Literatur der letzten Jahre und aus eigenen Erfahrungen nachzuweisen, dass in vielen Fällen der von de GIOVANNI geleugnete Zusammenhang thatsächlich bestehe.

Arbeiten von FINKELNSTEIN, S. COHN und Anderen beweisen, dass die Menstruation, Schwangerschaft, besonders aber heftige Metrorrhagien die verschiedensten Augenkrankheiten erzeugen können (letztere selbst Amblyopie und Amaurose).

Von WEBER-Liel wurde der Zusammenhang zwischen Uteruserkrankungen und Affectionen des Hörorgans nachgewiesen.

Der Zusammenhang zwischen dem Hautorgan und Veränderungen an den Genitalien ist augenfällig: Auftreten von Pigmentationen während der Schwangerschaft, von Hauterkrankungen zur Zeit der Menstruation wie Urticaria, Acne etc. (HEBRA, STILLER, FRANK etc.)

Bezüglich des Zusammenhangs von Magen- und Darmerkrankungen mit der Affection der weiblichen Sexualorgane citirt Verfasser Arbeiten von KISCH (der eine eigene Krankheit «Dyspepsia uterina» aufstellt, LEYDEN, G. BRAUN, P. MÜLLER, PANECKI, KRETSCHY (der an einem 25jährigen Mädchen mit einer Magenfistel die Verlangsamnung der Verdauung während der Menstruation nachweisen konnte).

Bekannt ist übrigens der Eintritt von Magenstörungen (Uebelkeit, Erbrechen u. s. w.) bei vielen Frauen kurz nach der Conception.

Verfasser selbst hat 45 Fälle, die ihm von Dr. CRÄMER (Specialist für Magen- und Darmkrankheiten in München) behufs Vornahme der gynäcologischen Untersuchung zugeschickt wurden, beobachtet und referirt hier über dieselben.

Alle Patientinnen waren lange vorher wegen Magenbeschwerden ohne Erfolg mit inneren Mitteln behandelt worden. 25 davon litten an Dyspepsia nervosa, 12 an Atonie des Magens, 2 an Catarrhus ventriculi, 2 an chronischem Darmkatarrh, 1 an Anaciclitas, 1 an Hyperchlorhydrie, 1 an Ulcus, 1 an Enteroptose.

Bei diesen Patientinnen ergab die gynäcologische Untersuchung Fehlen jeder Abnormität 4 Mal, Endometritis catarrhalis mit Verdickung des Uterusparenchyms 19 Mal, Endometritis hämorrhagica 4 Mal, Retroflexio und Retroversio uteri 10 Mal, Cophoritis 3 Mal, Parametritis posterior 2 Mal, abgelaufene puerperale Parametritis 1 Mal, Retroversio uteri anteflexi 1 Mal, kleiner Ovarialtumor 1 Mal.

Was den Zusammenhang der gynäcologischen Affection mit den Magen- und Darmbeschwerden betrifft, waren 3 Gruppen zu unterscheiden:

I. Bei einer Anzahl von Fällen war die gynäcologische Abnormität nur ein zufälliger Nebenbefund und nicht die Ursache der Magenbeschwerden. — Für den centralen Ursprung der vorhandenen Neurose (des Magens- und Darmtractus) sprechen folgende Momente:

1. Erbliche Belastung, verkehrte Lebensweise, Sorgen und Kummer, mangelhafte Entwickelung des ganzen Individuums, Erschöpfung nach schweren Krankheiten, protrahirte Lactation, rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften;

2. Bestehen nervöser Symptome schon in der Kindheit vor Eintritt der Periode;

3. Entstehen und Verschwinden der Beschwerden im Zusammenhang mit Gemüthserregungen;

4. Weiterbestehen trotz erfolgreicher Behandlung der Genitalorgane.

Für die Diagnose der «Reflexneurose» sprechen:

1. Frühere Gesundheit, Auftreten der Beschwerden gleichzeitig mit Genitalsymptomen (Metrorrhagie, Ausfluss etc.);

2. Eintreten der Verschlimmerungen kurz, vor oder während der Menstruation und bei stärkeren Blutungen;

3. Ausbleiben der Beschwerden während der Schwangerschaft und Lactation;

4. Auftreten von Magenschmerzen bei Berührung des kranken Organs (Uterus, Ovarien).

Eine absolut sichere Diagnose lässt sich in manchen Fällen erst aus dem Erfolg der Therapie stellen.

In der II. Gruppe von Fällen sind die gynäcologischen Beschwerden bedingt durch die Affection des Magen-Darmcanals. In Folge von Atonie des Darmes, Ansammlung von Gasen und Kothmassen kann eine Verlangsamung der Blutcirculation im Gebiete der Venacava inferior und hiedurch eine venöse Stauung im Uterus hervorgerufen werden, welche wieder zu Metrorrhagien, Dysmenorrhoe und Fluor Veranlassung gibt. Verfasser führt specielle Fälle als Beispiele hiefür an.

In einer III. Gruppe von Fällen ist das Uterusleiden die Ursache der Magen- und Darmstörungen.

Verfasser führt an: 4 Fälle von Dyspepsia nervosa mit gleichzeitiger Retroflexio uteri, welche durch Geraderichtung des Uterus mittelst Pessars vollständig geheilt wurden; weiters 2 Fälle von Dyspepsia nervosa mit Endometritis hämorrhagica, wo die Auskratzung des Uterus Heilung der jahrelang erfolglos behandelten Magenbeschwerden zur Folge hatte; dann 8 Fälle von Dyspepsia nervosa und Endometritis catarrhalis, geheilt durch Aetzung des Corpus uteri.

Weiter citirt Verfasser ausführlicher 3 Fälle von Atonie des Magens, wo durch erfolgreiche Behandlung verschiedener Genitalaffectionen (Erosionen am Cervix, Fluor etc.) vollkommene Heilung eintrat; dann einen Fall von profusen Magenblutungen, wo nach Heilung einer chronischen Metritis und Endometritis hämorrhagica die Blutungen cessirten, während die früher angewendete Ulcustherapie erfolglos gewesen war etc.

Verfasser stellt in Folge dieser Beobachtungen die Forderung, dass in allen Fällen von nervöser Dyspepsie, Darmatonie, Hyperacidität, Anacidität, periodischen Gastralgien bei Frauen, bei denen längere rationelle Behandlung nicht zum Ziele führt, eine eingehende gynäcologische Untersuchung (selbst erforderlichen Falls mit dem SCHULTZE'schen Dauertampon) vorzunehmen sei.

Bezüglich der Therapie bemerkt Verfasser, dass bei Patientinnen mit «labilem» Nervensystem allzuhäufig auszuführende Manipulationen an den Genitalien zu vermeiden seien, da man damit Schaden stiften könnte; dagegen sollte die Behandlung des Magen- und Darmleidens nicht vollständig unterbleiben, sondern die Heilung durch entsprechende Diät, alkalische oder salinische Wässer, in bestimmten Fällen (Darmatonie) durch Massage, Elektricität oder eventuell durch Hydrotherapie, Gymnastik, klimatische Curen befördert werden. *B. S.*

Prof. Dr. E. Ponfick (Breslau): **Ueber Metastasen und deren Heilung.** Vortrag, gehalten in der Festsitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 25. October 1893. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 46. 1893.)

In dem zu Ehren von VIRCHOW's 50jährigen Doctorjubiläum gehaltenen Vortrage bringt Verfasser einen neuen Beitrag zu der von dem Altmeister der Pathologie begründeten Lehre von den Metastasen.

Diese entstehen nicht nur durch Verschleppung von Elementen des eigenen Körpers (theils einzelner Zellen wie bei den bösartigen Geschwülsten, theils ganzen aus Fetthaufen bestehenden Pfröpfen wie bei der Endocarditis maligna, den Fettembolien) sondern auch durch Ablagerung von dem Thierkörper völlig fremden Elementen den pflanzlichen Zellen der Mikroorganismen in den verschiedenen Körpergeweben.

Dieser letzteren dem Organismus feindlichen Eindringlinge sucht sich derselbe auf verschiedenen Wegen zu entledigen. — Von grösster Wichtigkeit sind hiebei die Nieren, wenn auch der Nachweis von Bacterien im Harn meist nur in solchen Fällen gelingt, wo neben multiplen Eiterherden im Körper auch gröbere Metastasen in jenen auftreten. — Trotz fehlenden solchen Herden kann jedoch bei im Blute kreisenden Bacterien eine Nierenreizung in Form von vorübergehender Albuminurie und Hämaturie stattfinden, wie sie Verfasser bei vorher ganz gesunden Menschen im Anschluss an Panaritien und kleinen Finger-Phlegmonen beobachtet hat. Man muss dann annehmen, dass die Bacterien (Eitercoccen) entweder in zu geringer Anzahl oder in abgeschwächtem Zustande in die Nieren gelangten. Bei länger dauernden Eiterungen können jedoch solche sich wiederholende Reizungen zur Entwicklung einer diffusen Nephritis führen. (Schon darum ist jeder noch so kleine Eiterherd, von chirurgischen Rücksichten ganz abgesehen, so bald als möglich zu beseitigen.

Nach des Verfassers Erfahrungen spielt aber bei der Wegschaffung der Bacterien aus dem Körper auch das Skelett eine sehr wichtige Rolle.

Ausser den bisweilen vorkommenden circumscripten subperiostalen Eiteransammlungen wurden nach Typhus, Scharlach, acutem Gelenksrheumatismus, Endocarditis, etc. über das ganze Skelett ausgebreitete Vorgänge von Knochenzerstörung beobachtet. Die Beinhaut erscheint in solchen Fällen in Folge von Wucherung der inneren Lamelle (VIRCHOW's sogenannte Proliferationsschicht) bis 1 *cm* dick, saftreich, fast gallertartig, vom Knochen leicht abziehbar. Der Knochen selbst zeigt besonders in dem Gebiet der Diaphyse, welches dem Intermediärknorpel benachbart ist, an der Oberfläche der Corticalis körnige und grubige Vertiefungen. — Diese Erscheinungen werden durch Einschleppung der Bacterien (Typhusbacillen, Streptococcen, Staphylococcen) in das Periost und den Knochen hervorgerufen.

Aber auch bei chronischen Infectionskrankheiten wie vor allem der Tuberkulose werden (wahrscheinlich nicht durch den Tuberkelbacillus sondern durch Mischinfection mit Staphylococcen und Streptococcen hervorgerufen) häufig ähnliche Vorkommnisse beobachtet.

Diese Schädlichkeiten finden an dem Skelett wachsender Individuen einen viel empfänglicheren Boden und da kann ein äusserer Anlass (z. B. eine Verletzung) diese plastische vasculöse Periostitis in eine eitrige umwandeln und auch Osteomyelitis zur Folge haben.

Kommen die beschriebenen Vorgänge zur Heilung, d. h. unterliegen in dem Kampf zwischen thierischen und pflanzlichen Zellen die letzteren in Folge ihrer geringen Anzahl oder ihres abgeschwächten Zustandes, so werden die gesetzten Verluste durch aus dem Mutterboden sich entwickelndes junges Gewebe ersetzt: es kommt zur Knochenneubildung, und zwar in Gestalt grösserer und kleinerer Lamellen von zuerst lockerer, später dichterer Beschaffenheit, stellenweise können sogar bedeutende Verdickungen entstehen.

Diese Verdickungen (Hyperostosen) finden dann ihre Deutung in der Beziehung zu der oft schon lange vorausgegangenen Infectionskrankheit. *B. S.*

Prof. Dr. von Mosengeil (Bonn): **Ueber Salipyrin.** (Deutsche Medizinal-Zeitung, Nr. 98, 1893.)

Mit Gebrauch des Salipyrins, das Verf. zuerst gegen Influenza vor $2^1/_2$ Jahren etwa empfahl, hat Verf. dauernd sehr gute Resultate in seiner Praxis erzielt und kann jetzt Folgendes constatiren:

I. Bei Influenza hat sich das Mittel als Specificum bewährt. Es muss jedoch, um absolut sicher za wirken, schon direct bei dem Auftreten der ersten Symptome gegeben werden; alsdann reichen gewöhnlich wenige Gaben und zwar schon kleinere Dosen aus. Bei ganz kleinen Kindern genügt $^1/_4$—$^1/_4$ *gr*; bei grösseren Kindern, bei solchen Patienten von wenig Gewicht und bei einzelnen, leicht auf Arzneien reagirenden Personen $^1/_2$ *gr*, bei kräftigeren und bei stärkeren Attacken, besonders aber, wenn der Ausbruch der Erkrankung schon seit einigen Tagen erfolgt ist, 1 *gr*. Jedoch sah Verf. nie, auch nicht bei täglich wiederholten Dosen von 2—3 *gr*, üble Nebenwirkung. — Als eine constante, aber angenehme Nebenwirkung möchte ich die nervenberuhigende und schlafbringende Eigenschaft des Salipyrins erwähnen, ferner den Umstand, dass sehr häufig Kopfschmerzen, auch solche, die durchaus nicht mit Influenza in ursächlichem Zusammenhange stehen, beseitigt werden. Es genügt dabei fast stets $^1/_2$ *gr*. (In mehrfachen Fällen von Migräne und solchen von periodischen Kopfschmerzen, die medicamentöser Behandlung, auch dem Phenacetin getrotzt hatten, half Salipyrin prompt.) — Verhältnissmässig am wenigsten Nutzen brachte Salipyrin in solchen Influenzafällen, bei denen in der Lunge kleine circumscripte pneumonische Herde sofort auftraten oder die Erkrankung latent war und sich nicht eher manifestirte, als bis die erwähnten, oft nicht leicht zu constatirenden, kleinen, multiplen Herde, die anfänglich besonders an den unteren Randpartieen der Lungen sitzen, sich später überallhin in derselben weiter verbreiteten. Sicher müssen hier öfter wiederholte grosse Dosen ($1^1/_2$—2 *gr* drei- bis viermal pro die) gegeben werden. Solange nur die Hauptsymptome der Erkrankung die Oberfläche der Respirationsschleimhäute betreffen, ist oft sehr schnelles Wirken des Mittels vorhanden. Jedoch muss Verf. dringend rathen, auch bei vorzüglicher Wirkung und schnellem Schwinden der Symptome, so dass anscheinend Heilung eingetreten ist, nicht mit dem Verabreichen des Mittels aufzuhören.

Ein fernerer Punkt muss noch betont werden: Vor und nach dem Einnehmen muss $1^1/_2$—2 Stunden lang nichts gegessen werden. Es schadet zwar meist nicht, aber das Mittel büsst, wenigstens bei den von Verf. principiell stets möglichst klein gehaltenen Dosen, an seiner Wirkung ein.

Tritt die Erkrankung mit heftigerem Fieber auf, so müssen grosse Dosen, 3—5 *gr*, Salipyrin gegeben werden, oder, was Verf. zweckmässiger fand, abwechselnd Chinindosen, besonders das leicht lösliche salzsaure, in ca. $^1/_2$ *gr*-Dosen. Verf. gibt dann Chin. mur. früh, Salipyrin abends. Da, wo Verf. nur einmal Salipyrin gibt, gibt er es besonders gerne abends.

Sogar gegen drohende Diphtheritis wurde es von Aerzten als Präservativ vorräthig zu halten und bei der geringsten Schleimhautaffection im Hals und Rachen sofort zu gebrauchen, verordnet. Die diphtherischen Infectionsstoffe haften bei erkrankter Schleimhaut viel leichter, sind, wenigstens wahrscheinlich, viel gefährlicher für sie, als für eine ganz gesunde, und gerade für catarrhalische Erkrankungen möchte Verf. dem Salipyrin den höchsten Werth als Heilmittel beilegen. Und von diesem Standpunkt aus soll es bei drohender Diphtheritis empfohlen sein.

Hier kommt Verf. zugleich zum II. Hauptpunkt; denn ganz vor allem empfiehlt Verf. das Mittel bei Erkältung und Schnupfen. Als Verf. seine ersten Beobachtungen über Salipyrinwirkung bei Schnupfen machte, geschah es im Anschluss an Influenzabehandlung bei anderen Patienten; sie geschah mittels Salipyrins, weil Verf. in der Influenzazeit in jedem Schnupfen eine Spielart oder einen Beginn von Influenza vermuthen konnte. Inzwischen sind aber enorm viele «Erkältungsschnupfen» in influenzafreien Zeiten mit Salipyrin erfolgreichst behandelt worden, und in manchen Familien wird Salipyrin bei jedem Falle von Erkältung sofort abends eingenommen; die sonst erfahrungsgemäss längere Zeit dauernden Erkältungen sollen dadurch meist in 1—3 Tagen völlig vorüber sein, ohne je besonders lästig zu werden. Viele haben Verf. versichert, dass nach Salipyringebrauch abends die Erkältung mehr zum Ausbruch käme und stets am anderen Morgen nach einer angenehmen Nacht verschwunden sei. Erfahrungsgemäss sei es sonst bei diesen Patienten ganz anders gewesen. Aber allgemein wird beobachtet, dass sofort beim Beginn des Auftretens von Erkältungssymptomen das Mittel zu nehmen sei, wenn es wirklich so überraschend wirken solle. Wäre ganz allein die Bekämpfung des Schnupfens möglich und seine Verbreitung in die Bronchien aufzuhalten, so verdiente schon Salipyrin den grössten Dank.

In einigen Fällen von sehr chronischem Stockschnupfen, der nur auf die Nase beschränkt blieb, empfahl sich Einblasen des Salipyrinpulver mit Inflator in die Nasenlöcher.

III. stellt Verf. Salipyrin bei Behandlung gewisser Formen von Rheumatismen sehr hoch. — Unter dem Namen des chronischen Gelenkrheumatismus werden jetzt verschiedene Formen von Gelenkerkrankungen zusammengefasst, die ätiologisch gewiss sehr verschieden sind, aber wegen gleicher Symptome in gewissen Erkrankungsbezirken auch gleich scheinen. Alle diejenigen multiplen Gelenkleiden, die sich als trophoneurotische Arthropathieen erweisen, meist sehr schleichend beginnen und von vornherein durchaus chronischen Charakter haben, scheinen Verf. weniger für Salipyrinbehandlung geeignet; aber die subacut und sehr plötzlich beginnenden. — Verf.'s Klientel ist in besonderer Weise durch Gelenkleidende ausgezeichnet, und es will ihm scheinen, als ob seit dem ersten Auftreten der Influenza vor einigen Jahren diese Art der multiplen, subacut beginnenden, und doch sofort chronische Symptome zeigenden Gelenkrheumatismen recht häufig geworden sei und sich in ihrem ganzen klinischen Bilde als eine besondere Art charakterisire. — Verf. hat dabei Fälle zu verzeichnen, die bei Gebrauch von salicylsaurem Natron allein gar keine, bei Hinzunahme von abendlichen grösseren Salipyrindosen (kleine haben hier gar keinen Effect) sehr schnelle Besserung zeigen, aber bei Aussetzen von Salipyrin, selbst wenn salicylsaures Natron weiter gegeben wird, directe Verschlimmerung aufweisen. Die sonst so wohlthätige mechanische Behandlung dabei, Einreibungen, und besonders methodisch richtig ausgeübte Massage können wohl Folgezustände, Steifigkeiten, synovitische und Kapselverdickungen beseitigen, aber Salipyrin ist hierbei Souveränmittel gegen die essentielle Erkrankung, Dabei fand Verf., dass bei der geeigneten Medication profuse Schweisse eintreten, so lange der Patient noch durchseucht ist, aber trotz Medication, wenn die Krankheit erloschen ist, schweissfreie Zustände, in beiden Stadien aber bei der Medication verhältnissmässig gutes Wohlbefinden vorhanden ist.

Als auffallend muss Verf. bemerken, dass nicht alle Salipyrinpräparate gleich gute Wirkung hatten; Verf. schien das vom ursprünglichen ersten Darsteller des Mittels, RIEDEL in Berlin, herrührende stets besser zu wirken.

E. Siemerling: Ein Fall von schwerer Neuropsychose, ausgezeichnet durch kongenitale Anomalien des Centralnervensystems. (Charité-Annalen XVII. Jahrg. — Centralblatt für klinische Medicin Nr. 37, 1893.)

Ein 45 jähriger Mann, ohne hereditäre Belastung, erkrankt Anfangs Jänner 1882 mit Gürtelgefühl, leichter Schwäche der Beine und Parästhesien. 17. Jänner plötzliche Lähmung der unteren Extremitäten; Retentio urinae. Nach einigen Tagen Besserung. Im März: Status: Motilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt, leichte Sensibilitätsstörungen an den Unterschenkeln, dem Abdomen, Fingerkuppen. Kniephänomen links vorhanden, rechts nicht. Geringer Anfangswiderstand bei passiven Bewegungen im Knie- und Fussgelenk. Paradoxes Phänomen. Retentio urinae. Augenbewegungen, Augenhintergrund frei. Sprache normal. December 1882: Beweglichkeit der unteren Extremitäten stark herabgesetzt, Stehen unmöglich. Sensibilität: an den Unterschenkeln aussen gut, innen nicht. Störung des Muskelgefühls in den oberen Extremitäten. Vasomotorische Störungen. 1883: Retentio urinae. Beweglichkeitsbeschränkung der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörung hält an. April 1883: Ausbruch einer Psychose (Paranoia chronica). November: Leichte Beugekontraktur in den Kniegelenken bei hochgradiger Parese, 1884: Flexionscontractur nimmt zu. Unregelmässige, an den Extremitäten sich gabelig theilende Hemianaesthesia dextra: aussen gute, innen herabgesetzte Sensibilität. Koncentrirte Gesichtsfeldeinengung. Gehör, Geruch, Geschmack beiderseits herabgesetzt. Magnetversuch ohne Erfolg, 1885: Paradoxe Contraction auch im Kniegelenk. Subcutane Hämorrhagien. Zunehmender Kräfteverfall. 1886: Kniephänomen fehlt beiderseits. Beugecontractur hat noch zugenommen. Sensibilitätsstörung stationär. Jänner 1887: Tod in Cachexie. — Section: erheblicher Hydrocephalus internus, Meningitis chronica der Convexität. Ependymitis chronica des 3. und 4. Ventrikels. — Mikroskopische Untersuchung: Congenitale Anomalie am Opticus. Im Centralnervensystem sonst negativer Befund, ebenso im sympatischen. Leichte Veränderungen einzelner peripherischer Nerven und Muskeln (Inanition). Parenchymatöse, partielle Veränderung im Tibialis posticus.

In der an die Krankengeschichte sich anschliessenden ausführlichen Epikrise hebt SIEMERLING hervor, dass eine sichere Stellung der Diagnose nicht möglich war. Anfangs glaubte SIEMERLING an ein spinales Leiden, speciell an eine Sclerose der Medulla spinalis. Später neigte er mehr der Annahme einer blossen Neurose zu, die ja auch durch die Section bestätigt wurde. Der Fall unterscheidet sich von den 2 Fällen von Neurose, die seiner Zeit WESTPHAL beschrieb, und die unter dem Bilde einer multiplen Sclerose verliefen, durch das Fehlen jeglicher Störung der Sprache, der Augen und der Gesichtsmuskulatur, durch das Erlöschen des Kniephänomens und durch die Retentio urinae. In Bezug auf das Zustandekommen des paradoxen Phänomens hält auch SIEMERLING, wie bereits andere Autoren, dasselbe nicht als den Ausdruck eines palpablen, sondern functionellen Leidens des Centralnervensystems

---

Dr. S. Goldflam: Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. 312.)

Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und der in der Literatur verstreuten Befunde zeichnet GOLDFLAM ein neues Krankheitsbild, welches grosse Aehnlichkeit mit der Bulbärparalyse (DUCHENNE) zeigt, sich aber von dieser durch seine Entwicklung, den negativen anatomischen Befund und durch die Prognose unterscheidet. Zusammenfassend führt GOLDFLAM Folgendes an:

Es erkranken vorzüglich j u g e n d l i c h e Individuen, ohne bestimmte veranlassende Ursachen. Sensible Erscheinungen fehlen fast vollständig. Erkrankungen des gesammten motorischen Systems. Beginn in den Cerebralnerven, Ptosis, Augenmuskelparese, gewöhnlicher Beginn mit Kau-, Schling- und Sprachstörungen. Die Affection ist symmetrisch. Rapide Entwicklung, in wenigen Wochen Höhepunkt. Constant betheiligt sind: Facialis (II., III. der obere Ast nicht constant); motorisch Trigeminus, Glossophar; Vagus-Accessorius, oft Hypoglossus. Daher oft respir. Beschwerden, Dyspnoe, Herzklopfen, Temperatursteigerung.

An den Extremitäten leiden gewöhnlich die proximalen Theile. Am Rumpfe besonders die Hals-, Nacken-, weniger die Bauchmuskeln. Die Parese ist mehr eine erschöpfbare Schwäche, durch Functionsübung steigert sich dieselbe zur vollständigen Lähmung. Daher anamnest. die Angabe, dass der Zustand Früh besser ist, Abend am schlimmsten.

Charakteristisch ist die Labilität der Erscheinungen. Remissionen!

Gewöhnlich keine Muskelatrophie, keine fibrillären Zuckungen keine Entartungs-Reactiou — Sehnenreflexe sind gewöhnlich gesteigert, Hautreflexe normal. Athemnoth bis zur heftigsten Dyspnoe ist in letalen Fällen die Todesursache. In vielen Fällen günstiger Ausgang. Trotz der raschen Entwicklung kann die Krankheit lange dauern (bis 4 Jahre).

Differentialdiagnostisch kommt in Betracht gegenüber der DUCHENNE'schen Bulbärparalyse: jugendliche Individuen rasche Entwicklung, frühzeitige Betheiligung der Kaumusculatur. Augenfacialis, Mangel der Atrophie nebst fibrillären Zuckungen, Entartungs-Reaction Die Eigenthümlichkeit der Parese. Schwankungen.

Zur Erklärung der Entstehung des Krankheitsbildes denkt GOLDFLAM an eine Toxinwirkung ohne nachweisbare anatomische Veränderungen.

Die hervorragendste Erscheinung der Erkrankung ist ihre Heilbarkeit, die mit dieser Annahme gut übereinstimmt. *R. Kolisch.*

Dr. F. Eschle: Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis.

Zu den seltensten Affectionen, die auf specifischer, luetischer Basis zur Entwicklung gelangen, ist die zuerst von CHASSAIGNAC im Jahre 1854 beschriebene Dactylitis syphilitica zu rechnen, deren genauere Kenntniss, in weiteren ärztlichen Kreisen erst durch die eingehende Arbeit LEWIN's vermittelt wurde (Charité-Annalen IV. 1879)

LEWIN konnte in einer Beobachtungszeit von 15 Jahren, bei einem Materiale von jährlich 3—4000 Kranken in der Charité nur 6 einwandfreie einschlägige Fälle beobachten und vermochte diesen, aus der Gesammtliteratur nur 27 weitere Beobachtungen beizufügen. Verfasser vorliegenden Berichtes trachtet nun die Statistik dieser seltenen Erkrankungsform, durch vier eigene Fälle zu vermehren, deren Krankengeschichte in breitester Ausführlichkeit wieder gegeben wird; gelungen dürfte ihm dies jedoch nur mit jener der Beobachtungen sein, die als vierte angeführt erscheint und sich auf ein 8 Wochen altes abgemagertes Kind bezieht, bei welchem ausser der Fingeraffection noch andere manifeste Symptome von Syphilis (Plaques auf der Zunge, Condylome am After, etc.) zu verzeichnen waren. In den drei anderen Fällen erscheint die Diagnose weder klinisch scharf genug differenzirt, noch aber anatomisch begründet; so dass die gezogenen Schlussfolgerungen: dass nicht nur gummöse Neubildungen des Knochenmarks und des Periost's, sondern auch solche der Weichtheile Anlass zu den, unter dem Namen der syphilitica zusammengefassten Veränderungen geben können und dass die Dactilitis besonders, mit Hang zur Scrophulose resp. Tuberculose behaftete syphilitische Individuen befalle — höchst bedenklich erscheinen. *Dr. G. Nobl*

Dr. H. Roger: Ueber den nervösen Chok. (Archives de Physiologie. 1893.)

ROGER fasst die Resultate seiner (unter Mitwirkung BROWN-SEQUARD's unternommenen) Versuchen in den folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Der nervöse Chok ist der Effect einer heftigen Erregung des Nervensystems, charakterisirt durch eine Summe von Ausfallserscheinungen (actes inhibitoires), von denen nur eine Herabsetzung des Stoffwechsels constant und unerlässlich ist.

2. Der nervöse Chok stellt si h um so leichter ein, je höher entwickelt das Nervensystem ist

3. Ursachen, die die Nervenerregbarkeit erhöhen (Aufregung, Kummer) prädisponiren zum Chok; solche, welche die Nervenerregbarkeit herabsetzen. (Narkose, Winterschlaf), erschweren das Auftreten des Chok oder vermindern dessen Intensität.

4. Die auslösenden Ursachen können in zwei Gruppen eingetheilt werden, je nachdem, ob sie direct auf das Centrum wirken, (Trauma, Gift) oder ob sie indirect auf dem Wege sensorischer, sensiblen oder der Eingeweidenerven einwirken.

5. Der Chok charakterisirt sich durch eine Reihe von Erscheinungen, die sich an allen Geweben, Eingeweiden und Secreten äussern. Das Hauptsymptom ist Herabsetzung des Stoffwechsels, mit consecutiver Verminderung der Kohlensäure im venösen Blut, Veränderungen der Respiration, der Circulation und der Hautfärbung.

6. Die Therapie hat die Herabsetzung der Körperwärme zu bekämpfen und die Kohlensäureproduction zu befördern. *J. S.*

Dr. med. Paul Klemm: Indicationen zur Operation der Perityphlitis. (St. Petersb. medic. Wochenschrift, Nr. 46, 1893.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlusssätzen:

Wir operiren:

1. Bei der recidivirenden katarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis im freien Intervall, womöglich nach dem I. Recidiv. Hier machen wir die Resectio Proc vermif.

2. Bei der perforirenden abscedirenden Perityphlitis, sowie die Diagnose des Abscesses feststeht.

3. Bei der diffusen perforativen Peritonitis durch Erguss in die freie Bauchhöhle.

Wir operiren nicht:

In Fällen typischer perityphlitischer Attaquen, wie sie der ulcerös-katarrhalischen Form eigen sind und als Paradigma dieser Erkrankung dienen können. *F.*

Standesfragen und Korrespondenz.

Briefe aus dem Deutschen Reiche.

Original-Correspondenz der «Internationalen Klinischen Rundschau.»

Berlin, Ende **November** 1893.

Die Aerztekammerwahlen. — Sieg der Standesvereine.

In Verfolg unserer Mittheilungen über die Vorbereitungen zur Aerztekammerwahl berichten wir heute über den weiteren Verlauf und Ausgang derselben.

Der Verlauf stellt einen bunten, fast hartnäckigen Wahlkampf dar.

* * *

Folgende Flugblätter und Programme mögen zur Illustration dienen:

Die in der allgemeinen Aerzte-Versammlung am 30. Mai ernannte Commission zur Vorbereitung der Wahlen zur Aerztekammer hat in Gemeinschaft mit dem Geschäfts-Ausschusse der Berliner ärztlichen Standesvereine die Grundsätze festgestellt, welche die Candidaten für die Aerztekammer anzunehmen sich verpflichten sollen. Dieses Programm ist zur allgemeinen Kenntniss der Aerzte gekommen. In demselben werden verlangt wahrhaft collegiale und liberale Anschauungen. Es huldigt dem Grundsatz, dass die ärztliche Interessen bearbeitenden Vereine allen Richtungen zugänglich werden und vor Allem weder auf politischem noch auf religiösem Gebiete unduldsame Bestrebungen unterstützen. Nur auf diese Weise wird es möglich werden, eine Vereinigung aller Berliner Aerzte herbeizuführen. Eine solche Vereinigung thut noth, um unsere ohnehin schwache Stellung dem Staate, den Gemeinden und nicht am wenigsten den Verbänden gegenüber zu kräftigen. Wir freuen uns der Erfolge, die bis jetzt erzielt worden sind, wir stehen fest auf dem Boden der freien Arztwahl, deren weiteren Ausbau zu fördern alle unsere Candidaten für ihre vornehmste Pflicht erachten. Aber nicht nur die freie Arztwahl wird die Kammer beschäftigen, sondern andere hochwichtige Aufgaben hat dieselbe zu erfüllen: Der Einfluss der hygienischen Massnahmen der communalen und socialen Verbände, die Betheiligung der Kammern bei der socialhygienischen und medicinalen Gesetzgebung, und vor Allem sind unsere diesmaligen Wahlen von besonderer Bedeutung, weil wir Männer brauchen, welche bei der Entwickelung der Organisation der Aerztekammern in wahrhaft liberalem und unseren Stand förderndem Sinne hinwirken sollen. Hoffentlich wird es, nachdem der Wahlkampf beendet ist, gelingen, den Zwiespalt zu beseitigen, welcher jetzt die Aerzte Berlins in mehrere Lager theilt, und es jedem Arzte möglich machen, in denjenigen Aerzteverband einzutreten, zu dem er sich, sei es durch regionäre, sei es durch freundschaftliche Rücksichten hingezogen fühlt, indem der Wahlspruch aller Vereine wird: Hebung des ärztlichen Standes durch eigene Kraft und ernste Arbeit, Beseitigung aller den Stand schädigenden Ausschliessungen und Behinderungen der freien Entwickelung des Einzelnen. Die vereinigten Wahlcommissionen. der Berliner ärztlichen Standesvereine.

* * *

Die zum Berliner Aerztevereins-Bund vereinigten Standesvereine Berlins erlauben sich Ihnen beifolgend eine Candidatenliste für die bevorstehende Aerztekammerwahl zu übersenden. Die Liste ist durch eine Vorwahl aufgestellt worden und haben Collegen aller Parteirichtungen, welche in den Berliner Standesvereinen, sowie ausserhalb derselben vertreten sind, Berücksichtigung gefunden.

Der Frage der Honorirung der Kassenärzte steht der Berliner Aerztevereins-Bund vollkommen neutral gegenüber, da seine Mitglieder beiden Richtungen angehören, es auch genug andere ärztliche Vereinigungen gibt, denen die Erledigung dieser Frage füglich überlassen werden kann. Die Aerztekammer wird hierauf wenig Einfluss haben und mehr berufen sein, sich mit anderen Dingen zu befassen. Allerdings kann der Berliner Aerztevereins-Bund nicht umhin, der bisherigen Art und Weise der Agitation seine Billigung zu versagen, da es hierbei zu Vorgängen gekommen

ist, welche als moralische Schädigungen des gesammten ärztlichen Standes aufgefasst werden müssen. Als unumgänglich nothwendiges Mittel zur Abwehr solcher Gefahren ist die Erweiterung der Disciplinargewalt über die Aerzte — in einer den ärztlichen Interessen genügenden und den ärztlichen Verhältnissen angepassten Weise — für die staatlich anerkannten Vertretungen, die Aerztekammern, anzustreben. Sobald dies geschehen, wird auch der Berliner Aerztevereins-Bund der Einführung der freien Arztwahl bei gleichzeitiger Einführung der Bezahlung der Einzelleistung sympathisch gegenüberstehen.

In Betreff der übrigen Fragen, welche den ärztlichen Stand angehen, wie Reform der ärztlichen Ausbildung, ärztliches Versicherungswesen, Unfallgesetzgebung etc., steht der Berliner Aerztevereins-Bund im Wesentlichen auf dem Boden der Beschlüsse des Deutschen Aerztevereins-Bundes. Wenn die Aerztekammern bei allen diesen Fragen den berechtigten Wünschen der deutschen Aerzte bisher nicht den genügenden Nachdruck haben verschaffen können, so lag dies weniger an den Aerztekammern selber, als an dem ihnen ungenügend verliehenen Einfluss auf die übrigen staatlichen Organe. Diesen Einfluss zu erreichen und somit die sociale Stellung des Arztes zu heben und zu fördern, halten wir für die vornehmste Pflicht der Kammern, wie Jedes Einzelnen.

In diesem Sinne wollen wir an die Aerztekammerwahlen herantreten! Der Vorstand des Berliner Aerztevereins-Bundes.

* * *

Standen sich doch im Wesentlichen 2 Principien gegenüber: das liberale und exclusive Princip. Das liberale Princip, vertreten durch die numerisch stärkste Gruppe (ca. 500 Mitglieder der sogenannten Standesvereine), bezieht sich auf wirthschaftliche Dinge (freie Arztwahl u. dgl.) und ethische Fragen (Zulassung jedes unbescholtenen Arztes zu den Vereinen u. s. w.), — während das exclusive Princip vertreten durch eine Gruppe von ca. 300 Aerzten (Aerztevereins-Bund) von der freien Arztwahl nichts wissen will, noch viel weniger aber von jenem liberalen Aufnahme-Modus. — Neben diesen beiden Hauptgruppen figurirten auf der Wahlstatt der Verein zur Einführung freier Arztwahl, mit ca. 150 Mitgliedern, welchem das Verdienst zugeschrieben werden muss, die Wege für die Durchführung der freien Arztwahl mit Geschick und Energie geebnet zu haben; er ist als Bahnbrecher aufzufassen und dürfte demnächst, da das Princip der Freiwahl vollends obsiegen wird, seine Mission erfüllt haben, falls er nicht neue sociale Aufgaben sich selber stellt. In letzterem Falle würde dieser Verein allerdings hinübergreifen in die Sphäre der sogenannten Standesvereine, welche, auf dem Boden der freien Arztwahl ebenfalls stehend, sämmtliche social-ärztlichen Angelegenheiten behandeln. Ob dies zu Nutz und Frommen der Gesammtheit geschähe, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hätte das Eintreten dieses Vereins in den Wahlkampf, den ihm und den Standesvereinen gemeinsamen Gegner, dem Aerzte-Bund, leicht Vorschub leisten können, da durch seine Candidatenliste eine weitergehende Stimmzersplitterung zu gewärtigen war. — In letzter Stunde noch erschienen auf der Arena ca. 100 angestellte Aerzte, und der neutrale Verein der Friedrich-Wilhelmstadt mit ca. 50 Stimmen; beide mit selbstständigen Candidatenlisten.

Für den Fernstehenden muss dieses Bunt befremdlich erscheinen. Und doch ist es erklärlich für den Eingeweihten.

Der Kampf ist verständlich, wenn man ihn, — was uns Aerzten im Allgemeinen zu schwer wird, weil der Kampf ums Dasein ohne eine gewisse Gesichtsfeldtrübung nicht abgeht, — im Spiegel der socialen Bewegung im Allgemeinen betrachtet. Hier wie da hat das Ausbeutesystem die Geister entfesselt. Der materielle und ethische Druck des früheren Krankencassensystems hat die Aerzte zur Besinnung gebracht und auf den Weg der besten Hilfe, der Selbsthilfe geführt. Daher die grosse Theilnahme der Collegen, besonders der jüngeren, an den Bestrebungen der freien Arztwahl. Das zweite hauptsächliche Kampfobject, die liberale ethische Auffassung in Bezug auf die Zulassung der Collegen zu den Vereinen, ist als Theilerscheinung der grossen Bewegung ebenfalls verständlich, wenn auch nicht zu billigen. Wie draussen im grossen Getriebe Verhetzungen verschiedenster Art Unfrieden säen, so sind, wie wir schon früher anerkennen mussten, Funken dieser Art leider auch in die Aerztekreise hinübergesprungen. Eine kleine Gruppe von Vereinen, die sich zu dem oben erwähnten Aerztevereins-Bund zusammengeschlossen hat, secessionirte aus dem Verbande (Central-Ausschuss) der Berliner Bezirks-Vereine, weil ihnen der Aufnahme-Modus durch Ballottement nicht zugestanden wurde, während sonst der Aufnahmemodus durch eine Aufnahme-Commission üblich war. Daher der Streit. Scheinbar harmlos, musste er doch, Angesichts gewisser Vorkommnisse, Angesichts der exclusiven Tendenz, als ein fundamentaler Punkt unseres ganzen Vereinslebens aufgefasst werden.

Handelte es sich doch um nichts Geringeres als um ein System, Collegen erster und zweiter Classe zu schaffen! Das konnte und durfte vom Standpunkte wahrer Collegialität, nicht zugelassen werden. Und das hat bei den Wahlen mitgespielt, so dass die Standesvereine jeden Pakt mit dem Bunde bei der Aufstellung der Candidatenliste von vornherein ablehnten. Die Standesvereine haben damit dem Princip der Selbstachtung entsprochen. Das war nicht intolerant, wie von mancher Seite angenommen wurde, sondern nur recht und billig. Toleranz gegen Toleranz. Intoleranz gegen Intoleranz. Toleranz gegen Intoleranz ist keine Toleranz, sondern Schwäche.

Nach Alledem ist es, Dank noch der Rührigkeit der ad hoc gebildeten Wahlagitations-Commissionen, erklärlich, dass fast auf der ganzen Linie die Standesvereinler gesiegt haben. Fast sämmtliche Candidaten sind gewählt. Das bedeutet den Sieg des Liberalismus in der Berliner Aerzteschaft.

Möge dieser Sieg reichlich ausgenutzt werden! Möge die neue Aerztekammer in diesem Sinne wirken zum Wohle und Heile der Gesammtheit! Möge sie dazu beitragen, das gelockerte Band der Collegenschaft wieder fester zu knüpfen, nachdem jene exclusiven Elemente von jenem pathogenen Bacillus, der auf politischem und confessionellem Gebiete leider so reichlichen Nährboden gefunden hat, sich vollkommen frei gemacht haben werden! *K.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Am 15. d. M fand unter dem Vorsitze Hofr. Prof. Billroth in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien eine administrative Sitzung statt, in welcher verschiedene Anträge des Verwaltungsrathes zur Discussion kamen. Die wissenschaftliche Verhandlung fand unter dem Vorsitze Prof. Hofmokls statt. Prof. Paltauf macht die Mittheilung, dass Prof. Escherich ihm geschrieben, dass er die von Rg.-Arzt Dr. Kowalsky beschriebenen Spirillen bei Cholera schon früher beobachtet habe. Prof. Weichselbaum weist ebenfalls nach, dass diese Vibrionen schon von anderen Beobachtern beschrieben wurden; die Zweifel, welche Rg.-Arzt Dr. Kowalsky gegen die Resultate der von ihm untersuchten Fälle von Cholera laut werden liess, müsse er entweder als einen Angriff gegen seine Wahrheitsliebe oder gegen seine Fähigkeit, Choleravibrionen zu erkennen entschieden zurückweisen. Er könne die Angriffe Kowalsky's deshalb nicht ignoriren, da die betreffenden Untersuchungen choleraverdächtiger Kranken und Leichen von der Behörde aufgetragen wurden. Solche Zweifel, wie sie Kowalsky laut werden liess, seien aber sehr geeignet, beim Laien Misstrauen zu erwecken, die Massnahmen der Sanitätspolizei zu erschüttern und die solide Basis, auf welcher diese aufgebaut sind, zu untergraben. Er müsse daher gegen die eigenthümliche Kampfesmethode Kowalsky's entschieden Einsprache erheben. Weichselbaum demonstrirt hierauf ein Darmpräparat, bei dem sich neben einer ausgebreiteten Polypose ein dreifaches Carcinom des Darmes findet, welches aus den Polypen hervorgegangen ist. Prof. Weinlechner, welcher diesen Fall in Behandlung hatte, liefert zu demselben das klinische Bild. Dr. Gustav Singer hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulniss» (Vorläufige Mittheilung), wobei der Vortragende die Mittheilung macht, dass es ihm gelungen sei, mittels Menthol einige Hautkrankheiten (besonders Urticaria), welche mit dem Darme in Zusammenhang zu bringen sind, zu heilen. Der von Dr. Latzko angekündigte Vortrag: «Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie, musste, ebenso wie die Discussion über die Vorträge

Hofrath Billroth's (Aneurysmen) und Hofrath Nothnagel's (Gefässschmerzen) wegen der vorgerückten Zeit verschoben werden. Der ausführliche Bericht findet sich in der nächsten Nummer.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — Berlin. Dem Privatdocenten der Gynäkologie, Dr. A. Martin, wurde das Prädicat «Professor» verliehen.

— London. An Stelle Sir Andrew Clark wurde Dr. Russel Reynolds zum Präsidenten des Royal College of Physicians gewählt.

* Paris. Der «nationale Congress für freie Ausübung der Medicin», von dem wir bereits neulich berichteten, hat unter anderem folgende Wünsche formulirt:

1. Freie Ausübung der Medicin unter dem alleinigen Schutz der allgemein giltigen Gesetze.

2. Unterdrückung der Monopolisirung der Medicin, da ja die Aerzte den Kranken die Heilung nicht zusichern könnten.

Man darf wohl hoffen, dass über diese humoristische Episode in der Entwicklung der Medicin ruhig zur Tagesordnung übergegangen wird.

* Paris. Auf den berühmten französischen Arzt Gilles de la Tourette wurde, wie aus den Tagesblättern bereits bekannt, von einer Frauensperson ein Revolverattentat verübt. Es handelt sich hiebei nicht, wie ursprünglich verbreitet wurde, um die That einer Hypnotisirten, sondern um die einer an Verfolgungswahnsinn Leidenden. Glücklicherweise befindet sich der ausgezeichnete Gelehrte bereits ausser jeder Gefahr.

— Preisaufgaben. Die hygienische Akademie von Katalonien hat 5 Preisaufgaben veröffentlicht, an deren Bearbeitung sich Autoren aller Länder betheiligen können.

1. Hygiene des weiblichen Geschlechts (higiene de la mujer).

2. Welche hygienischen Massregeln sind für die Volksschulen erforderlich? (condiciones higiénicas quehon de reunir las escuelas des linadás la primera ensenunza).

3. Ueber die Verbreitungsstoffe des Typhus und den Modus, der Beseitigung. (medios de propagación de la fiebre tifoidea y menera de amularlos).

4. Welche Massregeln sollen die Behörden ergreifen zur Verhütung des Tuberkelcontagium? (medidas que deben tomar los municipias para evitar el contagio de la tuberculosis.)

5. Ueber ein beliebiges Thema (asunto libre).

Jeder Preis besteht in einer silbernen Medaille mit Bezeichnung des Namens und Titels des prämiirten Autors. Die Arbeiten müssen bis zum 15. Februar eingesandt sein an Sr. Dr. J. Queraltó, Ronda de San Antonio, 25 bis, pral., Barcelona. (Revista de med. y cirurgía prácticas). (Deutsche Medicinal-Zeitung Nr. 99, 1893).

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. In Galizien sind in der Woche vom 5. bis 12. December in 4 zu 4 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 9 Personen an Cholera erkrankt, 6 Personen (darunter 2 Kranke aus früheren Berichtswochen) gestorben. Die im Bezirke Tarnopol constatirten 5 Erkrankungsfälle sind auf eine Einschleppung aus Zalozce im Bezirke Brody zurückzuführen. Im Gerichtsbezirke Kolomea wurde die Cholera als erloschen erklärt. In der Bukowina sind keine weiteren Cholerafälle aufgetreten. Aus Ungarn wurde für die Woche vom 22.—28. November wieder eine leichte Zunahme der Zahl der Choleraerkrankungen und Todesfälle gemeldet. Die Zahl der Gemeinden, in denen Cholerafälle auftraten, hat sich zwar vermindert, von 22 auf 14, die Zahl der Neuerkrankungen ist aber von 37 auf 45, jene der Todesfälle von 21 auf 26 gestiegen. In Bosnien-Hercegowina ist in der Woche vom 16.—22. November eine kleinere Zahl von Erkrankungen, eine grössere von Todesfällen an Cholera angezeigt worden, als in der Vorwoche, die Zahl der inficirten Gemeinden, um eine gestiegen. In 17 Gemeinden waren 57 (Vorwoche 61) Personen erkrankt, 33 (Vorwoche 27) gestorben. — Deutsches Reich. In der Woche vom 26. November bis 2. December sind im Stromgebiete der Oder in Gartz a. d. O., Gollnow und in einem Orte des Kreises Ueckermünde 5 Erkrankungen, 1 Todesfall, im Kreise Niederbarnim 2 Erkrankungen an Cholera festgestellt worden. — Italien. In Palermo, wo die Cholera angeblich bereits erloschen war, sind Ende November täglich 6—7 Personen an Cholera gestorben. Einzelne Fälle ereigneten sich auch in Bagheria nächst Palermo, ferner in mehreren Orten der Provinzen Caserta und Campobasso. — Russland. In den Gouvernements Kiew und Wolhynien ist die Choleraepidemie im Zurückgehen begriffen. — Rumänien. Cholerafälle sind in Rumänien nicht mehr vorgekommen. — Türkei. Im Monate November wurde die Zahl der in Constantinopel täglich vorgekommenen Cholerafälle auf 45—50 veranschlagt.

* Influenza. Wien. Die letzte Woche ist eine sehr grosse Anzahl von Erkrankungfällen zur Beobachtung gekommen; der Percentsatz der Todesfälle ist jedoch ein weit geringerer als bei den Epidemien der vorhergegangenen Jahre.

* Todesfall. Venedig. Dr. Engel Minich, Senator des Königreichs Italien, Redacteur der Rivista Veneta di Scienze mediche, ehemaliger supplirender Professor der Chirurgie an der Universität Padua. Er vermachte sein ungefähr auf 3 Millionen Francs sich belaufendes Vermögen grösstentheils der Accademia die Scienze lettre ed arte in Venedig. — In London starb an einer in Folge einer Verwechslung ihm gereichten Chloraldosis der englische Physiker John Tyndall, 73 Jahre alt.

* Eine Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde und verwandte Heilmethoden (Mechano- und Elektrotherapie) wird unter Mitwirkung von Professor Eulenburg-Berlin, Professor Rosenbach-Breslau, Sanitäts-Rath Barwinski-Elgersburg und einer Reihe bekannter Hydropathen demnächst unter der Redaction von Dr. A. Krüche in München im Verlag von Seitz und Schauer daselbst erscheinen. Die Monatsschrift verfolgt den Zweck, durch Austausch praktischer Erfahrungen den Aerzten in Stadt und Land genaueren Einblick in die Verwerthung dieser wichtigen Heilfactoren zu geben. — Durch jede Buchhandlung, sowie direct vom Verlag sind Probenummern kostenfrei zu beziehen.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstelle in Rozniatów (Galizien). Dolinaer Bezirk, mit 15 Gemeinden, 541 Qu.-Kilom. Flächenausmass und 20.981 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December 1893 an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle in Weldzirz (Galizien), Dolinaer Bezirk, mit 18 Gemeinden, 935 Qu.-Kilom. und 15.857 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December l. J. an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Districtsarztesstelle für den Sanitätsdistrict Treffen (Kärnten) mit dem Wohnsitze daselbst. Mit dieser Stelle ist eine jährliche Remuneration von 700 fl. und zwar 150 fl. aus dem Kärntner Landesfonde und 550 fl. von den Gemeinden nebst den übrigen durch das Gesetz vom 9. Februar 1884, L.-G.-Bl. Nr. 7, und der bezüglichen Gebühren-Vorschrift gesicherten Bezügen verbunden. Bewerber um diesen Dienstposten, mit welchem die Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke und die Einhaltung einer zweimonatlichen gegenseitigen Kündigunsfrist, sowie die monatlich einmalige unentgeltliche Armenordination in den Gemeinden Afritz, Feld und Arriach verbunden ist, haben ihre ordnungsmässig belegten Gesuche entweder unmittelbar oder im Wege ihrer vorgesetzten Behörde bis 20. Jänner 1894 an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Villach einzusenden.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

VII. Jahrgang. **Wien, 24. December 1893.** **Nr. 52.**

„Internationale Klinische Rundschau" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen"** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsenduug des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die Behandlung der Blepharitis, des consekutiven Ektropium post blepharitim und Ektropium senile, s. sarcomatosum.

Von

Dr. Fukala,

Augenarzt in Pilsen.

Die Behandlung der Blepharitis ist keineswegs so einfach und leicht, wie wir es in manchen ophthalmologischen Werken lesen; neben dem Trachom gibt es keine zweite Augenkrankheit, welche so lange jeder Behandlung trotzt, wie die Blepharitis; und wenn sie auch manchmal gekeilt zu sein scheint, so ist dies — gleich wie bei Trachom — in der Regel nur für kurze Zeit, indem das Leiden bald wieder ausbricht. So schleppt sich der Verlauf der Lidrandentzündung oft durch viele Decennien, selbst durch das Lebenlang hindurch, so dass zwar eine Besserung, doch nur selten eine dauernde Heilung eintritt. Die Blepharitis ist daher, wie Fuchs in seinem Lehrbuch sich ausdrückt, eine «eminent chronische Augenkrankheit». Worin die Ursache der Hartnäckigkeit zu suchen ist, kann nicht bestimmt werden. Wenn auch die Blepharitis oft keinen erheblichen Schaden an den Augen anrichtet, so trägt sie mindestens zur Entstellung sehr viel bei, indem man schon von der Ferne an den Betreffenden die rothen Ränder und das häufige Thränenfliessen merkt.

Gegenwärtig unterscheiden wir nur zwei Arten von Blepharitis, die geschwürsfreie, squammöse und die geschwürige, ulceröse Form. Bei der ersten erscheint die Haut um die Cilien bloss geröthet, stellenweise mit kleinen Schüppchen — squamma — bedeckt; bei der letzteren wird sie wund, man sieht um die Cilien seichte oder tiefe, mit Eiter und vertrockneten Krusten bedeckte Geschwüre. Beide Formen sind nur ein und derselbe Krankheitsprocess in verschiedenen Graden und können auch in einander übergehen. Die ältere Eintheilung der Blepharitis in glandularis, ciliaris, solitäre, tylöse, etc. hat keine einheitliche Grundlage, da sie sich entweder auf die verschiedenen Phasen eines und desselben Krankheitsprocesses, theils auf die am meisten in die Augen fallenden Symptome bezieht.

Bei der Behandlung spielt die 3percentige rothe Präcipitatsalbe die Hauptrolle seit jeher und wird als ein unfehlbares Mittel gerühmt. Dem ist jedoch nicht so, denn diese Salbe kann nur eine Linderung, aber keine wirkliche Heilung erzielen. Auch von der 1percentigen weissen Präcipitatsalbe muss man dasselbe aussagen, nur wirkt sie viel milder als die rothe. Einige Autoren halten die Lidrandentzündung für Ekzem der Lidhaut und wenden daher die Hebra'sche Diachylonsalbe an, indem letztere auf Leinwand aufgestrichen und auf die Lider aufgelegt wird. (Michel, Lehrbuch der Augenheilkunde.) Bessere Erfolge habe ich von Bleiwasserumschlägen gesehen, wie selbe Schweigger gebraucht; es werden 10 Tropfen vom Plumbum acet. bas. sol. in eine Tasse Wasser hineingegeben und damit Umschläge 2—3 Mal, je eine halbe Stunde auf die zugemachten Lider applicirt. Schiess-Gemuseus und Saemisch [1]) untersuchten die Haarwurzeln epillirter Wimpern von Blepharitiskranken und fanden die Zwiebeln angeschwollen, die Wurzelscheiden und den Haarschaft in Mitleidenschaft gezogen; daher besteht ihre Therapie im Epilliren der Cilien, ähnlich wie bei Sykosis. Dieser Befund stimmt nicht ganz mit dem von Weichselbaum [2]) überein; Weichselbaum fand, dass bei intensiver ulceröser Blepharitis die Haarbälge sammt den Haarpapillen in ihren tiefer gelegenen Partien stellenweise ganz intact sind und nur secundär durch Uebergreifen des Entzündungsprocesses in Mitleidenschaft gezogen werden.

Das sicherste Mittel zur Bekämpfung einer jeden Blepharitis ist der miligirte Nitras argenti-Stift. Hiezu verwende ich nur die ganz dünnen, fein zugespitzten Stangen, indem ich die entzündete Partie mit demselben bestreiche; bei Blepharitis ulcerosa müssen vorerst die eingetrockneten Krusten mit warmem Wasser aufgeweicht und sorgfältig entfernt werden. Am nächsten Tag werden die schwarzen Krusten gleichfalls aufgeweicht und neuerdings mit dem Stift touchirt; die Procedur wird so lange fortgesetzt, als sich noch Spuren von Erkrankung des Lidrandes, d. h. Röthe oder Geschwüre vorfinden. Um die Schmerzen, die der Lapisstift verursacht,

---

[1]) Schiess-Gemuseus, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Auges, Virchow's Archiv für pathologische Anatomie. Band 27, 1. und 2. Heft, Seite 132. — Pagenstecher, Saemisch und A. Pagenstecher, klinische Beobachtungen aus der Augenheilanstalt zu Wiesbaden. 2. Heft.

[2]) Archiv für Augenheilkunde. XXIII, S. 367.

zu mildern oder zu beheben, kann man vorerst den Lidrand mit einer 5—8percentigen Cocainlösung bepinseln; nach dieser Behandlungsweise habe ich meist dauernde Heilung jeder Form von Blepharitis gesehen. Bei manchen Formen von ulceröser Blepharitis Erwachsener mit consekutiven Hornhautgeschwüren und intensivem Bindehautkatarrh, welche durch die erwähnte Methode nicht zu heilen waren, habe ich schnelle und dauernde Heilung durch Abtragen der äusseren Lidkante erzielt [3]).

(Fortsetzung folgt.)

Arthritismus und nervöse Diathese.*)

Von

Dr. Ménélas Sakorrhaphos, Athen.

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir theilen somit den Gang des Arthritismus in drei grosse Perioden ein.

A. Periode der dynamischen Störungen.

Diese ist vom klinischen Standpunkte durch verschiedene leichte und flüchtige krankhafte Zustände charakterisirt, und vom pathologisch-anatomischen Standpunkte dadurch, dass sie gar keine sichtbare Spur zurücklässt. Hierher gehören die localen Spasmen, die allgemeinen Convulsionen, der spasmodische Husten, die incontinentia urinae nocturna, die leichten psychischen Störungen u. s. w.

B. Periode der grossen Ernährungsstörungen.

Diese Periode umfasst alle diejenigen Krankheiten, die Prof. Bouchard unter dem Namen der Erkrankungen durch Verlangsamung der Ernährung beschrieben hat; überdies gehört hierher die Arterio-Sclerose als die schwerste unter den Ernährungsstörungen.

C. Periode der individuellen Degeneration. (Hysterie, Epilepsie, Dementia und andere Psychosen.)

In dieser Periode trifft man hauptsächlich die reinen Nervenkrankheiten an. Der Verlauf des Arthritismus ist ein langsamer und progressiver, und er schliesst nach vielen Jahren mit der früher genannten nervösen Diathese ab, und da das Leben eines Menschen für die ganze Evolution dieser Krankheit nicht genügt, so pflanzt sich dieselbe auf dem Wege der Heredität weiter fort. Wir theilen jetzt in Kürze einige der diesbezüglichen klinischen Beobachtungen, die wir zu machen Gelegenheit hatten, mit.

Beobachtung Nr. 1: Drei Generationen. Familie Z. Der Grossvater: kahlköpfig, Rheumatiker, leidet an Hämorrhoiden und Arterio-sclerose. Die Grossmutter leidet an Adipositas. Aus dieser Ehe werden zwei Kinder geboren, von denen das eine, jetzt 55 Jahre alt, Tabiker ist; das andere, 45 Jahre alt, ist Hemiplegiker in Folge einer Hirnhämorrhagie Der erstere litt in seiner Jugend an Epistaxis und an Migräne. Gegen das 25. Lebensjahr war er bereits kahl, gegen das 40. Lebensjahr traten bei ihm die ersten Symptome der Tabes auf. Er hatte niemals an Syphilis gelitten. Jetzt ist er vollkommen gelähmt. Seine Arteria temporalis und radialis sind geschlängelt und hart. Der Puls bietet Intermittenzen dar.

Dieser Kranke heirathete eine gesunde Dame, aber es entsprangen dieser Ehe keine Kinder. Der andere Bruder, der Hemiplegiker, der gleichfalls geheirathet hat, ist im Besitze eines Kindes, jetzt 18 Jahre alt, das in seiner Kindheit an Convulsionen litt. Jetzt ist dieser Kranke Epileptiker, und seine Intelligenz lässt viel zu wünschen übrig.

Beobachtung Nr. 2. Drei Generationen. Familie N. Von Seiten des Grossvaters keine ganz ausgesprochenen Angaben. Die Grossmutter, die vor 5 Jahren starb, litt an Migräne und an Hämorrhoiden. Später, im Alter von 30 Jahren, stellte sich Adipositas mit vorübergehender Glycosurie ein. Im Alter von 40 Jahren trat bei ihr ein Epitheliom der Brust auf, welches von Prof. Nélaton operirt wurde. Sie starb in Folge urämischer Unfälle. Diese Dame hatte zwei Kinder, von denen das eine ungefähr im Alter von 50 Jahren starb. Dieser Kranke litt in seiner Jugend an Migräne. Im Alter von 40 Jahren wurde er von allgemeiner Arterio-Sclerose mit Localisation in den Nieren und im Herzen ergriffen und er starb in Folge eines Anfalles von Asystolie. Er heirathete eine Dame, die an Obesitas und an convulsivischen Zuckungen litt, bekam einen Sohn, der während seiner Kindheit zu wiederholten Malen an Convulsionen gelitten hatte, und der jetzt, im Alter von 20 Jahren, hysterisch ist. Man beobachtet an ihm: Hysterisches Schreien, Einengung des Gesichtsfeldes, Fehlen des Pharynx-Reflexes und hysterogene Punkte, die über mehrere Gegenden des Körpers verbreitet sind.

* * *

Diese zwei Beispiele sind bemerkenswerth durch den Umstand, dass sich der Arthritismus auf eine progressive Art entwickelt hatte und nicht coupirt wurde, und zwar aus Gründen, die wir jetzt zu studiren haben werden. Wir müssen noch hinzufügen: wenn man nicht allüberall denselben progressiven Verlauf beobachtet — die langsame Evolution, die aber leider zur nervösen Diathese führt, wenn — mit einem Worte — Kinder, die von denselben arthritischen Eltern abstammen, nicht dieselben klinischen Bilder darbieten, oder sogar, wie es fast immer geschieht, ausgesprochenere Erscheinungen, als die Eltern — so kommt dies auf Rechnung anderer Momente. Dieser Umstand erklärt sich wie folgt. Wenn eine Ehe zwischen zwei Leuten geschlossen wird, welche beide in gleich ausgesprochener Art hereditär belastet sind, so wird aus dieser Combination ein Wesen resultiren, welches von seinen Eltern dasselbe klinische Bild erben wird, oder — und das ist die gewöhnliche Erscheinung — einen pathologischen Zustand, der ausgesprochener ist, als der seiner Eltern. Diese letztere Angabe wird auch durch zahlreiche klinische Beobachtungen bestätigt. Prof. Dieulafoy hat den Einfluss der Heredität auf das Hervorbringen der Gehirnhämorrhagie beobachtet. Ueberdies hat er beobachtet, dass der Abkömmling solcher Individuen von derselben Krankheit in einem viel weniger vorgerückten Alter, als seine Eltern, ergriffen werden kann. Diese treffende Beobachtung von Prof. Dieulafoy weist ganz deutlich darauf hin, dass die neue Rasse, die aus den Arthritikern hervorgeht, viel weniger den verschiedenen pathologischen Ursachen widerstehen, und dass die Vitalität der Zellen, welche den Organismus zusammensetzen, in Folge der hereditären Belastung eine geschwächte ist. Diese neue Rasse muss um so frühzeitiger altern, als der Schwächungsvorgang rapider vor sich geht, und die Schwäche macht sich durch die grossen Ernährungsstörungen bemerkbar und erreicht zumeist in Sclerosirungsvorgängen dystrophischer Art oder in psychischen Affectionen ihren Höhegrad.

Man kann den graduellen Verlauf der arthritischen Diathese verfolgen, indem man dieselbe in der genannten nervösen Diathese bei der israelitischen Rasse ihren Höhegrad erreichen sieht. Die Juden, die in Folge ihrer Religion unter einander heirathen, sind zum grössten Theile Arthritiker. Die Gicht, der Diabetes, die organischen Nervenkrankheiten, die Neurosen und Psychosen sind bei ihnen wohl bekannte Krankheiten.

Man kann dem Verlaufe des Arthritismus Einhalt thun, und zwar durch das Eingehen einer Ehe, bei welcher der eine der Eltern einen solchen pathologischen Zustand nicht aufweist, und in diesem Falle wird die neue Generation die Dystrophie nicht in demselben Grade darbieten. Hygienische Massregeln, die man frühzeitig ergreift, genügen sehr oft, um dem verhängnissvollen Verlaufe der Krankheit Einhalt zu gebieten. Die Frage betreffs der äusseren Lebensverhältnisse muss somit auch stark in Betracht gezogen werden. Bei der normalen Heredität sieht man genau dasselbe Gesetz vorherrschen, und da die normale Heredität eine Einheit darstellt, so muss auch die pathologische Heredität, da sie nur eine einfache Abweichung des normalen Typus repräsentirt, denselben Gesetzen folgen,

[3]) Siehe Schweigger's Archiv für Augenheilkunde. XXIII, S. 364.
*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 51, 1893.

i. e. auch eine Einheit darstellen. Wenn ich sage, dass dieses und dieses Individuum scrophulös oder rhachitisch, arthritisch oder nervös ist u. s. w. u. s. w., so verbinde ich damit die Vorstellung der pathologischen Heredität, von der Thatsache ausgehend, dass alle diese Krankheiten hereditär sind. Wenn man nun zugibt, dass alle diese krankhaften Zustände unter einander sehr verschieden sind, so könnte man glauben, dass man sich gezwungen sieht, mehrere pathologische Hereditäten anzunehmen.

Beobachtet man doch bei den acuten Affectionen eine und dieselbe Krankheit unter sehr verschiedenen klinischen Bildern und Typen, und dennoch hat man immer die Vorstellung der Einheit.

Nehmen wir die Pneumonie zum Beispiel. Das pneumonische Fieber wird sich bei jedem Individuum verschieden entwickeln, bei einem jungen Individuum anders, als bei einem Greise, bei einem cachektischen anders, als bei einem gesunden u. s. w. u. s. w., und dennoch kann nichts an der Einheit dieser Krankheit etwas ändern Warum sollte man also in den Fällen der diathetischen Krankheiten nicht dieselben Gesetze erblicken und sagen, dass alle diese Krankheiten nichts Anderes seien, als der Ausdruck eines und desselben krankhaften Zustandes, einer und derselben Diathese? Untersuchen wir, warum dieses und dieses Individuum von Gicht, von Diabetes, von Obesitas, von Tabes oder von allgemeiner Paralyse u. s. w. u. s. w. befallen wird, so wird es, glaube ich, sehr schwer sein, eine Erklärung dafür aufzufinden. Die Klinik und die pathologische Anatomie führen uns allein zu folgendem Raisonnement. In der ersten Kategorie von Krankheiten besteht ein Ueberschuss von Materie in Folge einer Störung in der normalen Function der Ernährung; in der zweiten Kategorie findet sich eine viel eingreifendere, eine unvertilgbare Störung — die Sclerose, die überall dieselbe ist.

Mit einem Worte, wenn ein Individuum, das von arthritischen Eltern abstammt und das von Arterio-Sclerose mit Localisation in den Nieren oder im Herzen ergriffen wird u. s. w. u. s. w., als ein arthritisches Individuum betrachtet wird, so muss ein anderes Individuum, dessen Sclerose sich im Rückenmark oder im Gehirn localisirt hat, auch als solches betrachtet und nicht mit dem Namen eines «nervösen» Individuums getauft werden, wenn man mit diesem Namen die Vorstellung einer besondern Diathese verbindet. Eine entsprechende Aetiologie findet man auch beim Alkoholismus. Leute, die von Alkoholikern abstammen, sind zumeist mit Nervenkrankheiten hereditär belastet, nämlich mit denjenigen Krankheiten, die man in der letzten Periode des Arthritismus beobachtet.

Der Alkohol beschleunigt nicht blos den Verlauf des Arthritismus, sondern lässt ihn dort entstehen, wo er nicht existirte. Wir denken dabei an ein sehr schlagendes Beispiel, an einen Fall betreffend einen Arzt, 50 Jahre alt, der Alkoholiker ist. Derselbe heirathete eine gesunde Dame, er besitzt drei Kinder, darunter ein Mädchen, 14 Jahre alt, das an Migräne und Chlorose leidet und das andere Kind, ein Knabe im Alter von 10 Jahren, leidet an nächtlichem Schreck und an incontinentia urinae. Der Vater, abgesehen von seinen Excessen in Baccho, leidet an Migräne und an Hämorrhoiden.

Beobachtet man nicht bei der ärmeren Bevölkerungsclasse, wo ein Missbrauch mit Alkohol schlechter Qualität getrieben wird, wie der Arthritismus seinen graduellen Verlauf nimmt, zu den schwersten klinischen Symptomen Veranlassung gibt? Sind die Arthritis deformans, die generalisirte Arterio-Sclerose und die Krankheiten des Nervensystems in diesen Fällen keine häufigen Erscheinungen? Ueberdies kann man sagen, dass die Lungentuberkulose das natürliche Ende des Alkoholikers darstellt. Dieselbe Krankheit wurde von Professor CHARCOT in der Salpêtrière bei den chronischen Rheumatikern beobachtet. Dr. LANCEREAUX hat dieselben Beobachtungen gemacht und Dr. GRASSET hat das häufige Vorkommen der Lungentuberkulose bei den Hysterischen beobachtet. Die alkoholische Diathese bietet analoge Erscheinungen wie die anderen Diathesen dar, und zwar derart, dass man sich die Frage vorlegen kann, ob diese Intoxication nicht damit endigt, dass sie zur selben Diathese wird, trotz des Umstandes, dass dies von manchen Autoren bestritten wird, von Autoren, welche behaupten, dass der Alkoholismus eine Diathese für sich, eine besondere Rasse bildet. Man kann sagen, dass der Arthritismus — und unter diesem Namen fassen wir auch die nervöse Diathese zusammen — einigermassen die menschliche Rasse in ihrem Verfalle darstellt und dass sie das Indicium des Endes der Generationen sei, gerade so wie eine acute Krankheit dem Leben eines einzelnen Individuum ein Ende bereitet.

Der Arthritismus ist nichts Anderes als eine chronische und dauernde Abweichung des normalen Typus der Ernährung. Der Organismus in seiner Gänze wird durch diese Störung in Mitleidenschaft gezogen durch eine Störung, die wenigstens im Beginne nicht stark genug ist, um das Leben eines Individuums zu zerstören. Nach und nach gewöhnt sich der Organismus an diesen modus vivendi, die Zellen, die ihn zusammensetzen — und unter ihnen die Spermatozoën oder die Ovula — gehen Veränderungen ein, und da diese Veränderung im Organismus während einer langen Zeit besteht, so wird dieselbe zu etwas Gewohnheitsmässigem und als solches pflanzt sie sich auf dem Wege der Heredität weiter fort, und da der Arthritismus überdies eine Nervenkrankheit darstellt, so ist er speciell für die Heredität geeignet.

Die Pathologie und die Eintheilung der atrophischen Paralysen.

Von

Dr. David Ferrier *)

(Fortsetzung und Schluss.)

Der peroneale Typus der Muskelatrophie.

Bevor ich meinen Vortrag abschliesse, muss ich noch einige Bemerkungen bezüglich gewisser Typen der atrophischen Paralyse machen, deren Stellung unter den Amyotrophien noch immer sub judice ist. Ich meine in erster Linie den klinischen Typus der Muskelatrophie, der zuerst von CHARCOT und MARIE in Frankreich und von TOOTH in England unter dem Namen des «peronealen Typus der Muskelatrophie» beschrieben wurde.

Diese Affection scheint all' die Charaktere, die zu allen Formen der Amyotrophie gehören, in sich zu combiniren. Sie ähnelt den myopathischen Atrophien durch den Umstand, dass sie eine Krankheit des Kindesalters und auch hereditär ist; sie ähnelt der neuropathischen Form durch das gelegentliche Vorhandensein von Schmerz, Krämpfen und anderen sensorischen Störungen; und sie ähnelt sowohl der neuropathischen als auch der myelopathischen Form durch das Vorhandensein von fibrillären Zuckungen und durch die Entartungsreaction in den afficirten Muskeln. Dieselbe beginnt in den untern Extremitäten — in den meisten Fällen nach TOOTH in den Peronei, aber die Beobachtungen von HOFFMANN [1]) und SACHS [2]) machen es wahrscheinlicher, dass der erste Beginn dieser Krankheit die inneren Muskeln des Fusses betrifft, von wo sie sich entweder auf die Gruppe der vorderen Tibialismuskeln oder auf die Muskeln der Waden ausbreitet.

Die atrophische Paralyse resultirt schnell in einem doppelten Klumpfusse, der ein so charakteristisches Zeichen dieser Krankheit bildet. Die Atrophie greift nach oben auf die Muskeln des Oberschenkels, und zu einer sehr frühen Zeit ergreift sie auch sehr häufig die inneren Muskeln der Hände und des Vorderarms, in derselben Art wie der Typus ARAN-DUCHENNE bei der progressiven Muskelatrophie. Es stehen noch

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 42—45, 48, 50, 1893.

[1]) Archiv für Psychiatrie. Vol. XX. 1889.

[2]) BRAIN, Vol. XII. 1889.

immer Untersuchungen nach modernen Methoden über die wirkliche anatomisch-pathologische Grundlage dieser Affection aus; aber es werden gewisse Beobachtungen von VIRCHOW und FRIEDREICH betreffend Fälle, die zu diesem Typus gehören sollen, angeführt, um darzuthun, dass es sich hier um Veränderungen in den peripheren Nerven handelt, und zwar von dem Charakter der interstitiellen Neuritis mit entsprechenden Veränderungen in den Muskelfasern; in diesen Fällen lag auch eine Degeneration der hinteren medianen Stränge des Rückenmarks vor.

In Ermangelung beweiskräftiger Thatsachen bezüglich der genauen Beschaffenheit der Vorderhörner bei dieser Affection sind wir vorderhand gezwungen, uns hauptsächlich mit Speculationen über die Pathologie dieser Krankheit zu begnügen. Der Nachweis der Veränderungen in den peripheren Nerven, als wie auch das wirkliche Auftreten von sensorischen Störungen unterstützten in hohem Grade die neuropathische Theorie, die von TOOTH vertreten wird.

* * *

Es kommen jedoch Fälle vor, wie sie von HERRINGHAM [3]), SACHS [4]) und TOOTH [5]) selbst mitgetheilt wurden, in denen die sensorischen Störungen oder irgend welche Störungen, die man gewöhnlich bei der Neuritis antrifft, gänzlich fehlen, die aber, — was die Krankheitsgeschichte und die anderen Symptome betrifft — dem in Rede stehenden Typus entsprechen. Die Art des Beginns in den kleinen Muskeln des Fusses und das successive Ergreifen der Muskeln des Beines scheint mir weniger im Einklange mit einer peripheren Neuritis, als mit einer Degeneration des untern Theiles der Lumbaranschwellung des Rückenmarks, die allmälig nach aufwärts schreitet, zu stehen. Dieses Moment wird auch durch die Art und Weise, auf welche diese Affection endlich die oberen Extremitäten ergreift, unterstützt.

Selbst, wenn die Untersuchungen in der Zukunft ergeben sollten, dass sich in den Vorderhörnern keine groben anatomischen Veränderungen vorfinden, so ist es möglich, wie HOFFMANN ausführt, dass der dynamische Zustand der Vorderhörner der primäre Factor sei, und die neuritischen Veränderungen, wie sie angetroffen werden, nur secundärer Natur seien. HOFFMANN nennt diese Krankheit «progressive neurotische Muskelatrophie». Ich neige selbst dahin, den peronealen Typus der Muskelatrophie als eine primäre hereditäre Myelopathie zu betrachten, die gelegentlich durch neuritische Veränderungen, wahrscheinlich secundären Charakters, complicirt wird. Nach dieser Ansicht könnte sie daher als eine myelo-neuropathische Amyotrophie beschrieben werden.

* * *

Arthritische Muskelatrophie.

Die letzte Form von Myopathie, die ich noch zu erwähnen habe, betrifft diejenige, welche im Zusammenhange mit Traumen oder Entzündungen der Gelenke vorkommt, nämlich die arthritische Muskelatrophie. Die Atrophie, die aus solchen Läsionen resultirt, betrifft hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, die Streckmuskeln der Gelenke.

So geht namentlich der Musculus deltoideus zu Grunde, wenn das Schultergelenk afficirt ist; ebenso der Musculus triceps, wenn das Ellbogengelenk ergriffen ist; die Extensoren des Vorderarms im Falle einer Affection des Handgelenks; die Glutaei bei Affectionen des Hüftgelenks, und der Quadriceps extensor cruris, wenn das Kniegelenk afficirt ist.

Der Schwund der Musculatur findet oft mit grosser Schnelligkeit statt, und nach Ablauf einer Woche oder zehn Tagen kann die Atrophie bereits einen ausgesprochenen Charakter haben. Die Atrophie betrifft den Muskel und nicht blos den Theil des Muskels, der sich in unmittelbarem Contact mit dem Gelenke findet. Es ist dies eine einfache, nicht eine degenerative Atrophie.

[3]) BRAIN, Vol. XI, p. 231.
[4]) Journal of Nervous and Mental Diseases. 1888, p. 726.
[5]) St. BARTHOLOMEW's Hospital Reports. Vol. XXV.

Der Muskel reagirt weniger prompt auf die faradische oder galvanische Erregung, aber es findet sich keine Entartungsreaction. Die mikroskopische Untersuchung, obgleich sie die Zeichen der Neuritis in den articulären Endigungen der Nerven ergibt, hat keine krankhaften Veränderungen in den Nerven der afficirten Muskeln oder mehr als eine einfache Atrophie der Muskelfasern nachweisen können. Die Erklärung dafür, die sich in dem ersten Augenblicke aufdrängt, geht natürlich dahin, dass die Atrophie in diesen Fällen nur eine Abmagerung in Folge des Nichtgebrauches darstellt; aber das ungewöhnlich rapide Auftreten dieser Atrophie und der Umstand, dass die Atrophie nur diejenigen der zwei Extremitäten befällt, deren Gelenk afficirt ist, obgleich beide Extremitäten in gleicher Ruhe verharren, genügen, um diese Hypothese als unzutreffend zurückzuweisen. Mannigfache andere Erklärungen wurden für das Zustandekommen dieser Atrophie vorgebracht, so z. B. der reflectorische vasomotorische Krampf (BROWN-SÉQUARD); die Myositis, fortgeleitet zu den Muskeln von den entzündeten Gelenken aus (STRÜMPELL); die aufsteigende Neuritis (SABOURIN); aber alle diese Erklärungen stehen entweder im Widerspruche mit den Befunden der objectiven Untersuchung, oder genügen absolut nicht, um die in Rede stehenden Thatsachen zu erklären.

Die Theorie, welche den grössten Anklang gefunden hat, ist diejenige, welche zuerst von PAGET aufgestellt und von VULPIAN, CHARCOT und Andern acceptirt wurde, nämlich dass die arthritische Atrophie eine Reflex-Tropho-Neurose darstellt. Der Reiz der articulären Nerven, der zu den Vorderhörnern fortgeleitet wird, regt in diesen eine gewisse dynamische Veränderung an, die zu Atrophie der diesbezüglichen Muskeln führt; viele Thatsachen sprechen auch zu Gunsten dieser Hypothese, obgleich man nicht in der Lage ist, grobe anatomische Veränderungen nachzuweisen. RAYMOND und DEROCHE [6]) haben gezeigt, und ihre Experimente wurden durch HOFFA [7]) vollends bestätigt, dass wenn man bei Thieren das Kniegelenk künstlich in Entzündung versetzt, keine Muskelatrophie eintritt, wofern die hinteren Wurzeln der diesbezüglichen Nerven vorher durchtrennt worden sind, indem so eine Fortleitung des Reizes zu den spinalen Centren hintangehalten wird.

Diese Experimente scheinen ganz und gar die Thatsache zu entscheiden, dass ein Reiz sensorischer Nerven zu trophischen Störungen führen kann; dies wird auch nicht blos bei Reizung der Gelenke beobachtet. Ich habe selbst über einen merkwürdigen Fall [8]) von Atrophie der einen ganzen Seite des Körpers berichtet, im Gefolge einer lang anhaltenden Reizung vom Stumpfe einer amputirten Hand aus, die durch eine Entzündung des Nervus radialis verursacht worden war, und es sind noch andere Mittheilungen ähnlicher Art gemacht worden.

Die Frage geht nun dahin, ob eine dynamische Veränderung, die auf diese Art veranlasst wird, genügen würde, um einen so ausserordentlichen grossen Schwund der Musculatur und ihre ungewöhnlich lange Dauer, abgesehen von der lokalen Veränderung in den peripheren Nervenfasern, zu erklären.

Offenbar müssen wir, angesichts des Fehlens irgend einer nachweisbaren Veränderung in den motorischen Nerven oder Zeichen der Degeneration in den Muskelfasern, diese Theorie als eine wirkliche Thatsache acceptiren.

Aber es entsteht dann wieder eine andere Frage. Warum sind die Extensoren der Gelenke speciell afficirt? Es kann sein, wie von DUPLAY und CAZIN [9]) angenommen wurde, dass dies auf Rechnung der anatomischen Beziehung kommt, die zwischen den Nerven, welche die Gelenkskapseln besorgen, und denen, welche Muskeln innerviren, besteht.

So erhält die Kapsel des Schultergelenks Zweige von denselben Nerven, welche auch den Deltoideus, den Supra-

[6]) Rev. de Méd 1890
[7]) Zur Pathogenese der arthritischen Muskelatrophien. VOLKMANN's klin. Vorträge. Nr. 50. 1892.
[8]) BRAIN, Vol. V, 1882. p. 521.
[9]) Arch. Gén. de Méd. Januar 1891.

und Infraspinatus und den Teres minor versorgen, und die Kapsel des Kniegelenks bezieht ihre Nerven von dem vordern Cruralnerven, welcher auch den Quadriceps extensor curis versorgt.

All' dies jedoch erklärt nicht den Umstand, warum von allen Muskeln, welche von diesen Nervenstämmen versorgt werden, gerade die Extensoren speciell auserwählt werden sollen.

Ich neige selbst dahin, darin ein weiteres Argument für den Grundsatz, den ich bezüglich der Extensoren im Allgemeinen aufzustellen mich bemüht hatte, zu erblicken, nämlich, dass die Vitalität der Centren der Nerven für die Extensoren und dieser selbst in erster Linie durch irgend einen Zustand, der die Tendenz hat, die Vitalität der Nervencentren und der Nerven im Allgemeinen herabzusetzen, erschöpft wird.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 15. December 1893.

Zur Demonstration Reg.-Arzt Dr. Kowalsky's.

Prof. PALTAUF bemerkt in Bezug auf die Demonstration Reg.-Arzt Dr. KOWALSKY's, dass Prof. ESCHERICH bereits im Jahre 1884 diese Vibrionen beschrieben und 1885 abgebildet hat, mit der Bemerkung, dass sie mit der Cholera nichts zu thun haben.

Prof. WEICHSELBAUM betont, dass ausser ESCHERICH noch andere zahlreiche Autoren (KIRCHNER, FÜRBRINGER, LAZARUS u. A.) im Darme von Cholera nostras und asiatica, solche Spirillen, theils einzeln, theils in Büscheln angeordnet fanden, die sich nicht cultiviren liessen. Vortragender selbst hat solche Spirillen in zahlreichen Fällen gefunden, über deren Bedeutung sich nicht viel sagen lasse, ausser dass sie mit der Cholera asiatica selbst nicht viel zu thun haben. Wenn die Angabe des Vortragenden, dass er bei dem letzten choleraverdächtigen Falle, Kommabacillen gefunden habe, von KOWALSKY angezweifelt wird, so ist die Ursache darin zu suchen, dass er den Stuhl in den ersten 24 Stunden, KOWALSKY aber erst später untersuchte. Aus den Befunden einer späteren Zeit dürfe man aber keine Schlüsse auf eine frühere Untersuchung machen.

* * *

***Prof. Weichselbaum**: Demonstration anatomischer Präparate.*

Vortragender demonstrirt das Darmpräparat einer 30jährigen Frau, die an der Abtheilung des Prof. WEINLECHNER starb und an dem sich zwei pathologische Processe vorfinden. Der erste Process fand sich als ausgedehnte Polypose im Dick- und Dünndarme, der zweite Process war ein dreifaches Carcinom im Dickdarm. Polypose findet sich nicht selten im Dickdarme, am häufigsten nach Dysenterie.

Im vorliegenden Falle finden sich zahlreiche Polypen von kaum sichtbarer bis zu Kleinnussgrösse, einzelne mit glatter, andere mit drüsiger Oberfläche. Mikroskopisch untersucht zeigen sie den Bau der LIEBERKÜHN'schen Krypten, nur sind sie länger und vielfach ausgebuchtet. Die drei Carcinome sitzen am Uebergange des Coecum in das Colon transversum und im Rectum. Das Carcinom im Colon transversum hat zu einer bedeutenden Stenose geführt. Histologisch zeigen sie das Bild des Adenocarcinoms. Das im Coecum befindliche Carcinom dürfte zuerst entstanden sein, da es eine grössere Ausdehnung besitzt und mit dem rechten Leberlappen, auf den es übergegriffen hat, verwachsen ist. Die anderen zwei (jüngeren) Carcinome sind weder als Metastasen noch als Infectionen zu deuten. Dagegen dürften alle drei Carcinome aus den Polypen hervorgegangen sein, da ihre Alveolen mit den Drüsen der Polypen Aehnlichkeit haben und andererseits an den Rändern des Krebsgeschwüres polypöse Wucherungen sichtbar sind, welche bereits halb und halb in Krebs übergegangen sind.

Prof. WEINLECHNER beschreibt das klinische Bild dieses Falles. Es handelte sich um eine stark herabgekommene Frau, bei der in der Ileocoecalgegend ein harter Tumor fühlbar und im Rectum zwei kleine Polypen tastbar waren. Nachdem die im Rectum befindliche Strictur erweitert war, wurde mit hohen Irrigationen des Darmes begonnen. Dann aber traten peritonitische Reizungserscheinungen und ein Abscess oberhalb des POUPART-schen Bandes rechts auf, welcher aber mit der Zeit zurückging. Stürmische darmstenotische Erscheinungen nöthigten zur Laparotomie, bei der sich zahlreiche Verwachsungen und ein stricturirender Ring am Colon transversum vorfand. Ausschaltung des carcinomatösen Stückes. Tod nach 10 Stunden. Der bestehende Koth-Abscess dürfte dadurch entstanden sein, dass bei der Digitaluntersuchung infectiöse Stoffe durch die Darmwand durchgepresst wurden. Der Abscess hatte sich dann geöffnet und verschwand deshalb. Dies beweist, dass die Untersuchung bei Carcinom (besonders wenn es mobil ist) nicht ungefährlich ist, da durch die Finger oder Instrumente Spaltpilze durchgepresst werden können. Vortragender sah zwei Fälle von Strictur letal endigen, trotzdem die Strictur bei deren Erweiterung nicht beschädigt wurde.

* * *

***Dr. G. Singer**: Ueber den sichtbaren Ausdruck und die Bekämpfung der gesteigerten Darmfäulniss.*

Vortragender hat aus einer langen Reihe von Versuchen, die er an der Klinik Prof. KAPOSI's, sowie im chemischen Laboratorium Hofr. LUDWIG's angestellt hat, die Ueberzeugung geschöpft, dass die gesteigerte Darmfäulniss häufiger vorkommt, als man erwartet, da sie wegen Fehlens der gewöhnlichen Symptome, sowie schwerer Störungen der Darmmotilität weniger beobachtet wird. Einige krankhafte Veränderungen der Haut (acute und chronische Urticaria, Acne vulgaris, Pruritus senilis) stehen in einem Causalnexus mit der Steigerung der Darmfäulnis, indem bei diesen Erkrankungen die Zeichen für eine Vermehrung der Darmfäulniss auftreten, die wiederum mit dem spontanen Ablaufe der Hautaffection verschwinden. Andererseits ist es Vortragendem gelungen, durch Unterdrückung der Darmfäulniss mittels eines neuen Darmantisepticums Besserung, ja oft Heilung der betreffenden Hauterkrankungen zu erzielen.

Dass die Urticaria mit Störungen des Darmtractus in Verbindung steht, ist eine bereits lange gekannte Thatsache. Bei idiopathischen Fällen dieser Erkrankung lässt sich nachweisen, dass die Magenfunction intact ist und grobe Störungen von Seite der Darmfunction fehlen. Bei der Urticaria, sowie bei den anderen Processen, zeigt sich die gesteigerte Darmfäulniss in der quantitativ nachweisbaren Vermehrung der Aetherschwefelsäure und der Ausscheidung des Indicans im Harne.

Vortragendem gelang es nun durch Menthol in Gelatinkapseln (0·6—1·0 *gr* pro die) die Producte der Eiweissfäulniss wesentlich zu verringern und ohne Anwendung äusserer Mittel Besserung oder Heilung der betreffenden Hautaffectionen zu erzielen. Vortragender verschreibt:

Ol. olivar, od. amygdal. 0·25
Menthol 0·1

d. tales dos Nr. XX in caps. gelat. S. 6—10 Kapseln pro die.

Bei den Versuchen wurde, um die Beeinflussung der Haut vollkommen zu erreichen von einer localen Behandlung abgesehen. Bei starker Erregbarkeit der Hautnerven genügte die Application indifferenter Fette, um den Juckreiz zum Schwinden zu bringen. Besonders wichtig ist bei der Beurtheilung der auf Darmfäulniss zu basirenden Hautkrankheiten die Berücksichtigung der Diät. Gelinde Abführmittel sind bei complicirender Atonie von keiner wesentlichen Wirkung für die Dermatose von Seite des Darmes.

Vortragender nimmt nun an, dass die Producte der Darmfäulniss nach ihrer Resorption durch den Kreislauf in die Haut gelangen, hier entweder ausgeschieden werden oder durch blosse Reizwirkung auf leichter erregbarer Nerven und drüsige Gebilde Krankheitserscheinungen autogenen Charakters hervorrufen. SINGER betont ferner vom Standpunkte der internen Medicin, dass sehr oft nicht unerhebliche qualitative Veränderungen der Darmverdauung ohne Beeinträchtigung der motorischen Darmfunction und ohne die gewöhnlichen Symptome, welche auf Digestionsstörungen bezogen werden

müssen, einhergehen. Nach dieser Richtung hin dürften die Beziehungen zu sichtbaren Erscheinungen an der äusseren Haut, von welcher aus die Zu- und Abnahme der Fäulnissprocesse controlirt werden kann, für die Erkenntniss von Darmanomalien nützlich sein.

Dr. Em. Mandl.

Medicinische Gesellschaft in Leipzig.

Sitzung vom 26. September 1893.

Dr. Kollmann: *«Ueber die Aufgaben und Grenzen der Gonorrhöetherapie beim Manne.»*

Um in der Gonorrhöebehandlung einen sicheren Massstab für die Werthbestimmung unseres Handelns zu gewinnen, ist es zweckmässig, die Gonorrhöe ganz im Allgemeinen nach drei Gesichtspunkten einzutheilen. Wir haben somit auch zugleich drei Aufgaben, die für die Therapie zu erfüllen sind. Das erste ist die bacteriologisch-infectiöse Seite der Erkrankung, das Zweite sind die dadurch geschaffenen pathologisch-anatomischen Veränderungen und das Dritte endlich die im Verlaufe der Gonorrhöe erscheinenden functionellen Störungen.

Ehe wir auf die genauere Betrachtung dieser drei Punkte bezüglich des Mannes eingehen, zuvor kurz einige Worte über die topographische Diagnostik der Gonorrhöe in der männlichen Harnröhre! Für das Bedürfniss des praktischen Arztes ist die sogenannte Zweigläserprobe durchaus unzureichend, denn in sehr vielen Fällen, wo bestimmt die hintere Harnröhre erkrankt ist, zeigen sich die Filamente trotzdem nur in der ersten Urinportion. Die Zweigläserprobe ist also nur dann von Werth, wenn sie positiv ausfällt, während ihr negativer Ausfall absolut keine Anhaltepunkte für den Sitz der Erkrankung gewährt. Die einzig zuverlässige Methode für die erwähnte topographische Diagnostik besteht in einer Ausspülung der vorderen Harnröhre bei voller Blase, vermittelst eines elastischen, bis zum Bulbus eingeführten Katheters, und unmittelbar darauffolgendem Uriniren. Sie wurde besonders von JADASSOHN 1889 sehr lebhaft empfohlen. Ich habe die Technik JADASSOHN's in verschiedenen Punkten geändert (Fünfgläserprobe) und bin dabei zu Resultaten gelangt, die von denen JADASSOHN's beträchtlich abweichen. Bei meinen dreijährigen Beobachtungen handelte es sich nämlich in den meisten der von mir daraufhin untersuchten Fällen subacuter und chronischer Gonorrhöe nicht um eine Erkrankung der hinteren, sondern um eine Erkrankung der vorderen Harnröhre*). Sobald der Patient den Urin vollständig gelassen hat, drücke ich vom Rectum her die Prostata aus um das aufgefangene Sekret mikroskopisch zu untersuchen. Eigentlich sollte man aber auch stets noch eine mikroskopische Prüfung des Sperma vornehmen, das ebenfalls durch Druck vom Rectum her leicht zu gewinnen ist. Noch besser ist es freilich, hierzu das bei einem Coitus im Condom aufgefangene Sperma zu benutzen. Wenn es sich darum handelt, zu entscheiden, ob ein Patient heirathen darf, würde ich die mikroskopische Untersuchung des Sperma auf jeden Fall empfehlen.

Wir wenden uns zunächst zur infectiösen Seite der Erkrankung. Der hier in Betracht kommende wichtigste Mikrobe ist unstreitig der Gonococcus. Es kann heutigen Tages wohl kein Zweifel mehr darüber herrschen, dass dieser zuallermeist der Erreger der Gonorrhöe ist. In acuten Fällen ist sein Nachweis leicht zu führen, in chronischen ist dies jedoch, wie allgemein bekannt ist, und wie dies auch NEISSER selbst zugesteht, durchaus nicht immer so einfach.

Sobald man zugibt, dass der Gonococcus der eigentliche Erreger der Gonorrhöe sei, ist es aber selbstverständlich, dass die Therapie, so lange er sich im Harnröhrensekret vorfindet, hauptsächlich darauf gerichtet sein muss, ihn zu tödten. Die in dieser Beziehung am meisten zu empfehlende Behandlung der Harnröhrengonorrhöe besteht in Einspritzungen mit der Tripperspritze, oder noch besser in reichlichen Auswaschungen mit elastischem Katheter, an dem ein Irrigator oder eine grössere Handspritze von circa 80—100 *ccm* Inhalt befestigt ist, unter Anwendung folgender Lösungen: Argentum nitricum (NEISSER) oder Kali hypermanganicum (JANET) 1 : 4000 bis 1 1000 Wasser, oder 1 bis 5 proc. wässerige Ichthyollösung (NEISSER-JADASSOHN). Ganz unstreitig gibt es aber auch Fälle, wo nicht der Gonococcus, sonder andersartige Mikroben die Erreger von Harnröhrenausflüssen sind. Dies wird seit Jahren schon von mehreren Autoren anerkannt, neuerdingt vor Allem von JANET, oer die Bedeutung dieser anderen Bacterienarten hauptsächlich in den chronischen Fällen von Gonorrhöe betont. Für letztere Fälle werden von JANET Irrigationen der erkrankten Abschnitte mit einer wässrigen Sublimatlösung von 1 : 20000 empfohlen.

Die im Verlauf der Gonorrhöe entstehenden pathologisch-anatomischen Veränderungen der Harnröhre werden, abgesehen von der Untersuchung des Ausflusses und der Filamente, in der Hauptsache durch drei Prüfungen zu erkennen sein. Eine grobe Vorprüfung besteht in der Untersuchung mit Metallsonden. Stösst die Metallsonde an irgend einer Stelle auf ein anomales Hinderniss, so ist anzunehmen, dass dort eine Verengerung der Harnröhre vorhanden sei. Ungleich feiner gestaltet sich die Prüfung, wenn man ein sogenanntes Urethrometer anwendet, wie dies von WEIR und von OTIS construirt ist. Zuletzt muss sich aber unbedingt noch die endoscopische Untersuchung anschliessen. Die Methode, die das beste und hellste Licht gibt, ist die nach NITZE-OBERLÄNDER. Oebrigens ist die Urethroscopie natürlich durchaus nicht nur für die Gonorrhöediagnose, sondern auch für die Beurtheilung des Zustandes der Harnröhrenkrankheiten ganz im Allgemeinen von grosser Bedeutung. Es sei hier nur kurz darauf hingewiesen, dass vor einiger Zeit von OBERLÄNDER lediglich durch die Urethroscopie die Diagnose eines im bulbösen Theil gelegenen primären Harnröhrencarcinoms so sicher gestellt worden ist, dass daraufhin die operative Entfernung durch Einschnitt vom Damme aus vorgenommen werden konnte. Besonders heftig wird der Werth der Endoscopie für die Gonorrhöediagnose neuerdings von NEISSER bestritten. Ich glaube, dass dies wahrscheinlich nur daran liegt, dass NEISSER selbst nicht genügende praktische Erfahrungen in der Endoscopie besitzt. Die hauptsächlichsten, durch die Gonorrhöe geschaffenen und endoscopisch sichtbaren pathologischen Veränderungen der Harnröhre bestehen in Infiltraten, in dem Auftreten massenhafter Drüsenentzündungen und in Drüsenabscessen. Natürlich braucht es nicht in jedem Falle von Gonorrhöe zu derartigen Erscheinungen zu kommen; aber, wo sie vorhanden sind, und dies ist ungemein häufig der Fall, sind sie ein untrügliches Zeichen dafür, dass wirklich Gonorrhöe vorliegt. Zur weiteren Verdeutlichung des Gesagten sei bezüglich des Mannes hauptsächlich auf das neue OBERLÄNDER'sche Lehrbuch der Urethroskopie (Leipzig 1893. Georg Thieme) hingewiesen. — Bezüglich des Weibes demonstrirt der Vortragende mehrere nach Fällen seiner eigenen Praxis angefertigte bunte Tafeln, die gonorrhoische Schwellungen am Orificium urethrae darstellen, und aus solchen Schwellungen angefertigte mikroskopische Schnitte. — Wenn tiefer gehende Infiltrate vorhanden sind, so kann selbstverständlich die, heutigen Tages zumeist übliche, Gonorrhöetherapie (Einspritzungen, Irrigationen, Pinselungen, Antrophore u. s. w.) keinen wesentlichen Nutzen gewähren. Auch die Behandlung mit Metallsonden hat darin eine Grenze, dass man diese nicht über Nr. 30 Charrière hinaus ohne grössere Unbequemlichkeiten in die Harnröhre einführen kann. Das am meisten zu empfehlende Mittel besteht in den OBERLÄNDER'schen Dehnungen durch aufschraubbare Instrumente, die mit Gummiüberzügen versehen sind. Wenn diese Dehnungen in der richtigen Weise vorgenommen werden, so haben sie nicht den geringsten Nachtheil für den Patienten. Ich bin aus eigener Erfahrung zu einem Urtheile in der Sache berechtigt, da ich bis heute bereits in runder Summe 4500 solcher Dehnungen ausgeführt habe. Jedenfalls sind sie, wenn man zur richtigen Zeit mit ihnen beginnt, das sicherste Mittel, um die Entstehung der aus den chronischen Infiltraten sich hervorbildenden Striktur vollständig zu verhindern. In vielen Fällen bleiben aber, trotz längere Zeit durchgeführter Dilatationsbehandlung, noch Filamente im Urin zurück. In solchen Fällen handelt es sich sehr oft um Katarrhe von Schleimdrüsen. Man kann derartige Drüsen

*) Genaueres hierüber in meiner Veröffentlichung: «Zur Diagnostik und Therapie der männlichen Gonorrhöe.» Deutsche med. Wochenschr. XIX. 47. 1893.

endoskopisch zumeist ohne grosse Mühe auffinden und mit besonderen Instrumenten Secret oder Epithelmassen aus ihnen gewinnen. Zeigen sich darin Mikroben, vor Allem Gonococcen, so muss natürlich Alles gethan werden, um die erkrankte Drüse zu zerstören. Zu diesem Behufe empfehlen sich intraglanduläre Einspritzungen vermittels der Injectionscanüle, Spaltungen der Drüse mit dem Messer, die Behandlung mit der elektrolytischen Sonde, oder in besonders hartnäckigen Fällen mit dem Galvanokauter. Sämmtliche zuletzt genannte instrumentelle Eingriffe haben stets unter gleichzeitiger endoskopischer Controlle zu erfolgen.

Die durch die Gonorrhöe verursachten functionellen Störungen bestehen entweder in allgemeinen nervösen Erscheinungen oder in Spermatorrhöe, Prostatorrhöe und endlich in Reiz- oder Schwächezuständen der Blasenhalsmuskulatur. Für die Behandlung empfehlen sich am meisten die Einführung von stärkeren Metallsonden, die Kühlsonde, die Dilatation der Harnröhre, vor Allem aber auch Irrigationen mit dünnen Argentumlösungen (1 : 3000 bis 1 : 1000), oder endlich die örtliche elektrische Behandlung. Letztere übe ich auch unter endoskopischer Controle aus. In den Behandlungspausen ist allgemeine Hydrotherapie angezeigt.

Wenn wir uns zu den Grenzen der Gonorrhöetherapie beim Manne wenden, so ist zunächst schon darauf hinzuweisen, dass es sicher Fälle gibt, in denen wir selbst nicht einmal im Stande sind, einen sich an der Oberfläche abspielenden Katarrh für immer vollständig zum Verschwinden zu bringen. Es gibt eben derartig empfindliche Schleimhäute, die bei den geringsten Anlässen immer wieder von Neuem katarrhalische Zustände darbieten. Derartige Patienten soll man, wenn sich die hier beschriebenen Methoden als erfolglos herausgestellt haben und wenn sich keine Gonococcen im Secret mehr zeigen, am besten mit jeder Behandlung verschonen. Ebenso hüte man sich davor, jede bei der Dilatation wahrnehmbare Drüseninfiltration zum Verschwinden bringen zu wollen. Es gibt infiltrirte Drüsen, die abgekapselt schadlos in der Tiefe liegen, ohne jede Communication mit der Harnröhre. Sie verändern sich oft Jahre lang nicht und ihr Bestehen ist kein Grund, den Patienten nicht aus der Behandlung zu entlassen.

Noch begrenzter ist aber unser therapeutisches Können, wenn es sich um Katarrhe von grösseren drüsigen Organen oder Behältern von Drüsensecreten, die in die Harnröhre münden, handelt, z. B. um die COWPER'schen Drüsen, die Prostata, oder die Samenblasen. Antibacteriell auf derartige Katarrhe einzuwirken, ist fast ganz unmöglich und es bleibt nichts übrig, als antiphlogistisch oder resorbirend u. s. w., z. B. vom Rectum aus oder durch Sitzbäder u. s. w. zu behandeln, da man doch wohl nicht gut zur Exstirpation der genannten Organe schreiten kann. Natürlich ist zu gleicher Zeit aber ein etwa bestehender Oberflächenkatarrh der Harnröhre, von dem aus derartige Vorgänge unterhalten werden könnten, sorgfältig zu beaufsichtigen. Die Behandlung des gonorrhoischen Blasenkatarrh ist andererseits in derselben Weise leicht durchzuführen, wie die des gonorrhoischen Katarrhs der Harnröhre, nämlich mit Irrigationen. Enge Grenzen für unser therapeutisches Handeln sind jedoch wiederum gezogen in den Fällen, wo es sich um gonorrhoische Katarrhe des Ureters, die Nierenbeckens, des Vas deferens oder endlich um Entzündungen des Hoden- oder des Nebenhodenparenchym handelt. Auch bei allen zuletzt genannten Erkrankungen ist selbstverständlich eine örtliche antibacterielle Behandlung so gut wie ausgeschlossen.

Handelt es sich darum, zu unterscheiden, wann ein Patient aus der Behandlung entlassen werden soll, so kommt vor Allem der Umstand in Betracht, ob sich noch Gonococcen im Secret zeigen oder nicht. Ist Ersteres der Fall, so muss die Behandlung noch weiter fortgesetzt werden. Im letzteren Falle sollte man vor der definitiven Entlassung aber stets eine künstliche Reizung der Harnröhrenschleimhaut, am besten durch Einspritzung von einer dünnen Höllensteinlösung (etwa 1 : 1000 bis 1 : 500), hervorrufen. Bekanntlich zeigen sich am nächsten Morgen nach derartigen Einspritzungen selbst in Fällen, wo man sonst keine Gonococcen mehr findet, diese von Neuem. Es sind dies wahrscheinlich dieselben Fälle, in denen es sonst zu scheinbar spontanen Recidiven kommt, z. B. wenn der Patient entweder in Baccho oder in Venere sich vergeht.

In der Behandlung der Gonorrhöe nach der bacteriologischen Seite hin soll man streng sein. Hat man aber die beschriebenen Methoden bezüglich des zweiten und dritten therapeutischen Gesichtspunktes durchgeführt, ohne die vorhandenen pathologischen Zustände bis zu ihrem letzten Rest beseitigen zu können, so möge man in Fällen des dauernden Fehlens von Gonococcen den therapeutischen Eifer nicht übertreiben. Man halte sich an das Hauptsächliche, verliere sich nicht in specialistischen Kleinigkeiten.

Im Anschluss an seinen Vortrag zeigte der Vortragende sämmtliche bei der Urethroskopie und bei der Behandlung der männlichen Harnröhrengonorrhöe in Verwendung kommenden Instrumente und Apparate, vor Allem die neuen, unter Benutzung des NITZE-OBERLÄNDER'schen Urethroskops, von dem Vortragenden construirten transportablen Beleuchtungsapparate, sowie seinen neuen elektrischen Universalapparat. Letzterer dient zur Urethroskopie, zur Cystoskopie, zur Galvanokaustik, zur Galvanisation, zur Faradisation, zur Galvano-Faradisation und zur Elektrolyse; er erlaubt auch Lichtbeleuchtung und Galvanokaustik, bez. Lichtbeleuchtung und Elektrolyse oder Galvanisation u. s. w. zu gleicher Zeit.

Fernerhin zeigte der Vortragende noch sein neues photographisches Instrument für die Aufnahme des Harnröhreninneren am lebenden Menschen und eine Reihe von Photogrammen, die er unter Mitarbeiterschaft von Herrn Dr. AARLAND, Docent an der Kunstacademie in Leipzig, dadurch gewonnen hat. Die beschriebenen Apparate und Instrumente stammen sämmtlich aus der mechanischen Werkstatt von C. G. Heynemann in Leipzig.

Zum Schluss wurde die elektrourethroskopische Methode nach NITZE-OBERLÄNDER noch von dem Vortragenden an mehreren Patienten demonstrirt.

(Von dem Verfasser eingesandter Separatabdruck.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Was ist Krankheit und wie heilen wir?

Von **Dr. Franz Bachmann.**

Verlag von Hugo Steinitz. Berlin 1894.

Vorliegendes Buch darf nicht missverstanden werden, es soll nur ein Versuch sein, unsere angeblich bloss empirischen Heilmethoden wissenschaftlich zu begründen. Diesen ursprünglichen Zweck scheint aber Verfasser im Laufe seiner Darstellung wiederholt bewusst oder unbewusst ausser Acht gelassen zu haben; er zimmert eine Art neuen Systems der allgemeinen Pathologie durch geistvolle Verkettung der Thatsachen, welche die exacte Forschung liefert. In der Medicin herrscht eine grosse Abneigung gegen Systeme, denn zum Wesen derselben gehört, dass sie eine vollständige Erklärung aller Erscheinungen zu geben trachten. Da aber alle erfahrungsmässige Kenntniss unvollständig und lückenhaft ist, müssen sie diese Lücke durch Speculation ausfüllen.

Wir sind die Letzten, welche einer Ansicht huldigen, dass auch der Einzelne, der mehr oder weniger in Folge des unauslöschlichen Ursachentriebs zu einem befriedigenden Abschluss seines Denkens, zu einer Grundformel seiner Auffassungsweise zu gelangen trachtet, auf ein System verzichten müsse. Aber dies muss derzeit wenigstens, sozusagen als Privatsache betrachtet werden, und darf nicht der Forschung Ziel und Wege anweisen, um so mehr, als ein völlig vorurtheilloses und exactes Vorgehen, wie z. B. in der Physik nur selten bei medicinischen Untersuchungen erreicht werden kann. Wir geben zu, dass das Ergebniss exacter Forschung bloss ein Haufen von ungeordneten Bausteinen darstellt, aber es ist besser, als wenn die Freiheit der Forschung durch ein System beengt würde. Saxa loquuntur! Es wird die Zeit kommen, wo aus der Fülle von Thatsachen ein naturgemässes System hervorgehen wird.

Wie einseitig und gezwungen heute noch eine allumfassende Theorie ausfallen muss, beweist das geistvolle und wirklich weitblickende System des Verfassers, in welchem eine reiche Menge von Erfahrungsresultaten mit Speculation innig verquickt ist. Dasselbe stützt sich völlig und ausschliesslich auf die Bakteriologie und definirt mit Uebergehung vieler zu Geltung kommender Factoren, wie der Einflüsse des Nerven- und Gefässsystems etc., Krankheit als «Veränderung der Körperzellen und Körpergewebe, deren Ursache schädliche Stoffe sind, welche theils von aussen her in den Körper gelangen, theils erst im Körper selbst von niederen Pflanzen oder Thieren gebildet werden». Gesundheit ist daher nichts anderes als die «Fähigkeit des Körpers, alle angreifenden Mikroben zu bewältigen».

Wenn der Autor in der Vorrede bemerkt, dass er zugebe, es könnten auch Krankheiten ohne Mikroben, ja ohne Gifte entstehen, so durften die citirten Sätze nicht so allgemein formulirt werden, sonst könnte ein Dogmatiker dahin kommen, auch z. B. schwere Neurosen wie die Epilepsie auf Mikrobenwirkung zurückzuführen. Doch wir dürfen, wie schon einleitend hervorgehoben, das Buch nicht missverstehen, es soll nur eine Anregung geben, nicht etwas Fertiges, Abgeschlossenes!

Die angenehme, fliessende Darstellungsweise, die oft völlig neuartige frappirende Auffassungsart, die feine Durchführung des vom Verfasser aufgestellten Gesetzes der «Aequivalenz aller Aeusserungen der Lebenskraft» u. A. bieten eine ungemein reizvolle Lectüre trotz der durch vis comica verschärften Polemik gegen die exacte Schule.

Wie die Blumen einer bestimmten Zeit zum Blühen bedürfen, erfordern auch Gedanken gewisser Epochen, in denen sie sich so überwältigend im Bewusstsein festsetzen, dass sie Wahrheit bedeuten.

Der Verfasser kann mit seinem Systeme Recht haben, aber heute hat er es noch nicht, es fehlt zu viel zur Begründung.

Dr. Max Neuburger.

Handbuch der hygienischen Therapie.

Mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe.

Von **Dr. A. Kühner.**

Verlag von Seitz und Schauer. München 1893.

Der Anfänger in der Praxis, wird sich aus dem vorliegenden Buche über vieles informiren können, was ihm bei der Ausübung seines Berufes von grossem Nutzen sein wird, und worüber er weder an der Klinik, noch in den gangbaren Lehrbüchern genügend unterrichtet wird. Wir meinen da zunächst die Hydrotherapie, welche Verfasser nach allen Indicationen und Anwendungsweisen eingehendst erörtert.

Auch über das so wichtige Capitel der Diätetik bei Kranken, über die verschiedenen, in neuester Zeit so beliebten Kräftigungs- und Mastcuren, verbreitet sich der Autor eingehendst und wir können daher das Werk, an dem uns nur das Citiren von in der Wissenschaft sonst ziemlich unbekannten Grössen aufgefallen ist, dem, der sich über die eben erwähnten Capitel orientiren will, empfehlen.

A. P.

Lehrbuch der Psychiatrie.

Auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Dr. R. v. Krafft-Ebing,**

k. k. Hofrath und o ö. Professor der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der Universität in Wien.

Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

In einer verhältmässig kurzen Zeit sind von diesem Lehrbuch fünf Auflagen nothwendig geworden; für ein gelehrtes Werk ein geradezu ausserordentlicher Erfolg, der nur in wirklichen Vorzügen seine Erklärung finden kann. Auf diese haben wir schon anlässlich der früheren Auflagen in breiterer Ausführung hingewiesen, und wir haben diesmal eigentlich nur das Erscheinen einer neuen Auflage zu constatiren, welche allen Erweiterungen psychiatrischen Wissens vollkommen gerecht wird.

F.

Zeitungsschau.

Aus dem pathol. Institut zu Giessen.

Dr. M. Wilms, I. Assistent am pathol. Institut: **Zur Endocarditis gonorrhoica.** (Münchener med. Wochenschr. Nr. 40, 1893.)

Verf. unternimmt es, den von Leyden in Nr. 27 der deutschen med. Wochenschr. veröffentlichten Fall von Endocarditis gonorrhoica bezüglich der Gonococcenbefunde auf Grund der Literatur über diesen Gegenstand und auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, einer eingehenden Kritik zu unterziehen.

Er behauptet, dass der Gonococcus überhaupt nicht im Stande sei, Abscesse oder geschwürige Processe zu erzeugen (wie ja vor Allem der Harnröhrentripper und die Augenblennorrhoe keine Geschwürsprocesse seien). Periurethrale Abscesse, Bartholinitis, Salpingitis, Ovarialabscesse seien keine wahren Abscesse, sondern Ansammlungen von Leukocyten in präformirten Hohlorganen und hätte man die Gonococcen bei diesen stets nur im Abscessinhalt, nie im umgebenden Gewebe gefunden.

Wahre Abscesse im Gefolge der Gonorrhoe könnten nur (nach des Verf. Ansicht) durch Mischinfection (mit Staphylococcen, Streptococcen) entstehen.

Ebenso hält Verf. den Tripperrheumatismus trotz seiner Besonderheiten (Befallenwerden nur eines Gelenkes, längere Dauer, mangelnde Besserung auf Gaben von Salicylsäure) und trotz der vielfachen Angaben über Gonococcenbefunde nicht für ein Erzeugniss der Gonococcen, weil er meist nach Ablauf des acuten (virulenten) Stadiums der Gonorrhoe zu einer Zeit auftritt, wo die Gonococcen in der Harnröhre spärlich vorhanden sind und glaubt, dass diese Processe Folgen einer secundären Infection mit Eitercoccen sind, die durch die (im chronischen Stadium der Gonorrhoe übliche) instrumentelle Behandlung in die Schleimhaut eingeführt werden. Dasselbe gilt nach seiner Ansicht für die Endocarditis und Pericarditis als Complicationen der Gonorrhoe, die ja auch stets nach Ablauf des acuten Stadiums beobachtet wurden. Die Gonococcenbefunde bei Tripperrheumatismus und im Leyden'schen Falle von Endocarditis gonorrhoica erkennt Verf. nicht an, wenn auch die Semmelform, das Vorkommen in den Zellen, die leichte Entfärbbarkeit nachgewiesen wurde, weil angeblich von verschiedenen Autoren verschiedene Diplococcen in der gesunden und kranken Urethra mit typischer Semmelform gefunden wurden und verlangt zum sicheren Nachweis die Reincultur und die Ueberimpfung.

Nun folgt die ausführliche Mittheilung des Obductionsbefundes und der mikroskopischen Untersuchung eines selbst beobachteten Falles: Ein 26jähriger Mann starb an Endocarditis, die 3 Wochen nach seiner zweiten Tripperinfection auftrat. Es fand sich die hintere Semilunarklappe der Aorta in eine polypöse, höckerige, theilweise exulcerirte Vegetation umgewandelt; daneben kleinere und grössere Abscesse in der Herzmuskulatur. In der Klappenwucherung und in den Abscessen fanden sich Coccen mit deutlicher Semmelform, zumeist im Protoplasma der Leukocyten, die auch die charakteristische leichte Entfärbbarkeit zeigten. In der Urethra fand sich nur mehr ein Zustand der Reizung, sich durch reichliche Epithelabstossung manifestirend, kein sicherer Gonococcenbefund.

Trotz der übereinstimmenden Merkmale hält Verf. auch in seinem Falle den Beweis für die Gonococcennatur dieser Befunde nicht erbracht, weil die morphologische Differentialdiagnose nicht die genügende Sicherheit böte und glaubt nach diesen Erörterungen zu folgenden Thesen berechtigt zu sein:

1. Der Gonococcus vermag keine maligne Endocarditis zu verursachen, ebensowenig wie er andere ulceröse Processe hervorruft.

2. Die Complicationen bei dem Tripper beruhen ausser den oben genannten falschen Abscessen auf secundären Infectionen mit anderen Coccen von der Urethra aus.

B. S.

Prof. Dr. M v. Frey (Leipzig): **Einige Bemerkungen über den Herzstoss.** (Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 46. 1893.)

Die neuesten Erfahrungen bezüglich der graphischen Darstellung gesunder Herzstösse lehren, dass man nicht immer eine

ganz bestimmte, sogenannte typische Form der Curven zu erwarten hat, sondern dass verschiedene Gestalten möglich sind und dass demgemäss nicht alle Zacken der Curve einem bestimmten physiologischen Vorgang zu entsprechen brauchen, sondern zum grossen Theil Kunstprodukte der verschieden gestalteten Cardiographen sind.

Die Cardiogramme (nach des Verfassers Vorschlag der für die Herzstosscurven zu wählende Terminus) und zwar besonders die klinisch von der Oberfläche der Brustwand abgenommenen stellen die Bewegung nicht eines, sondern von einer Anzahl Punkten dar, welche der Reihe nach mit dem Cardiographen in Berührung treten. Da die Bewegung dieser verschiedenen Punkte von der verschiedenen Bewegung der darunter befindlichen Punkte der Herzwand und diese wieder von der Aenderung der Dicke der Herzwand, der Form, des Volumens und des Ortes des Herzens abhängt, so kann es nicht Wunder nehmen, dass nicht nur mit verschiedenen Instrumenten ausgeführte, sondern auch mit demselben Instrumente von demselben Untersucher dargestellte Curven verschiedene Formen zeigen.

Dabei ist die physiologische Deutung der Curven noch lange nicht gelöst.

Die Ansicht, dass sich die Besserung und der Schluss der Klappen durch irgend ein Zeichen auf den Curven manifestirt, ist durchaus nicht bewiesen. Im Gegentheil zeigt die genaueste, neuerdings von HÜRTHLE geübte Methode, durch mikroskopische Uebertragung der Herztöne die Momente der Klappenschlüsse auf dem Cardiogramm zu bezeichnen, dass diese Schlüsse auf Punkte der Curven fallen, welche in keiner Weise auffällig genannt werden können. Auch haben die Untersuchungen an Herzkranken mit einfachen oder combinirten Klappenfehlern ergeben, dass bedeutende Störungen der Herzthätigkeit vorhanden sein können, während das Cardiogramm anscheinend ganz normale Form darbietet, insolange diese Klappenfehler compensirt sind. Erst wenn das Herz insufficient, die Herzschläge unregelmässig werden, treten deutliche Aenderungen der Curvenform auf.

Das beweist, dass die Gestalt des Cardiogramms nicht von dem Klappenspiel, sondern vor Allem von dem Contractionsmodus des Herzens abhängt. Die Markirung der Klappenstellung an dem Cardiogramm wäre demnach wohl eine Eintheilung der Curven, aber keine Erklärung für die Gestalt derselben.

Das Problem des Herzstosses ist eben schwierig und noch nicht gelöst.

Bezüglich des Cardiogramms lässt sich bis jetzt nur negativ aussagen, dass dasselbe weder eine Druck-, noch eine Volum-, noch eine Zuckungscurve ist.

Doch besitze es nach des Verfassers Meinung grössere Verwandtschaft noch mit der Zuckungscurve der Herzkammer als mit irgend einer Pulscurve des Herzens, weil jedes Cardiogramm durch Entleerung des Herzens in ein Myogramm übergeführt werden könnte. Letzteres stelle sozusagen die Grundform dar, welche dann durch den Wechsel der Füllung und die Ortsveränderungen des ganzen Organs in einer noch nicht bekannten Weise verdeckt werde. *B. S.*

P.-A. Lop: Lähmung nach Masern. (Centralblatt für klinische Medicin. Nr. 50, 1893.)

Das Auftreten von Lähmungen nach Masern ist keine so seltene Erscheinung, als wohl im Allgemeinen geglaubt wird; zu der nicht geringen Zahl der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen fügt der Verfasser zwei Fälle eigener Beobachtung hinzu. Die Lähmungen nach Masern treten fast ausnahmslos erst in der Reconvalescenz, meist in der dritten Woche nach der Eruption des Exanthems, ganz ausnahmsweise mit demselben zugleich auf, nur in einem Falle wurde eine Lähmung schon im Prodromalstadium beobachtet. — Die morbillösen Paralysen lassen sich in ene cerebrale und eine spinale Form eintheilen. Die erstere wird bei weitem seltener beobachtet. Ihre ersten Anzeichen treten meist ziemlich unvermittelt auf und bestehen in Convulsionen, Delirien, Koma; eine allmähliche Entwicklung ist überaus selten. Im Uebrigen bieten sie keine Besonderheiten gegenüber anderen cerebralen Lähmungen. — Ein ebensowenig charakteristisches Bild zeigt die spinale Form; sie tritt meist allmählich ein und verräth sich zunächst durch abnorme Sensationen in den betheiligten Extremitäten, zu denen sich später Anomalien der motorischen Kraft, der Reflexe etc. gesellen. — Die Prognose der spinalen Form ist gut, die der cerebralen zweifelhaft; namentlich ist bezüglich der letzteren zu bemerken, dass die Aphasie stets nur sehr langsam weicht. Ueber die Pathogenese der in Rede stehenden Erkrankung ist nichts Besonderes bekannt; ihre Behandlung ist symptomatischer und diätetischer Art.

Bozzolo (Turin): **Diffuse Amyloid-Degeneration in Folge von Tuberkulose des Darmes.** (Rivista Italiana di Clinica Medica, (1893, Heft 1.)

Diesen Gegenstand hat Prof. BOZZOLO in der Academie der Medicin zu Turin und in einem klinischen Vortrage behandelt. Der Fall, der die Gelegenheit zu diesen Mittheilungen darbot, betrifft eine Arbeiterin, 16 Jahre alt, in deren Antecedentien nichts Bemerkenswerthes zu constatiren ist (Syphilis und Tuberkulose konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden).

Vor drei Jahren begann sie an Bauchschmerzen, Stuhlverstopfung und remittirenden Fieberbewegungen zu leiden. Nach abwechselnden Perioden von Unwohlsein und Wohlsein gelangte man zu Ende des Jahres 1892, zu einer Zeit, da die Abdominalschmerzen stärker wurden, an Stelle der Obstipatio alvi Diarrhoë trat, das Fieber prononcirter sich zeigte und Erbrechen auftrat. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik findet man den Circulations- und Respirationsapparat unversehrt, die Leber in allen Durchmessern vergrössert und einen leichten Grad von Albuminurie. Der Verfasser stellte die Diagnose auf Darm- und Bauchfelltuberkulose (wiewohl in den Fäces Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden konnten) mit amyloider Entartung der Leber, der Nieren, der Milz und des Darmes.

Der hartnäckige Vomitus, der Mangel an Chlorwasserstoff im Magensaft, die Ulcerationen, die sich in den letzten Tagen am Rücken und längs den Rändern der Zunge gebildet hatten, wurden von BOZZOLO auf den Amyloidprocess zurückgeführt, der auf Magen und Zunge sich ausgedehnt hatte. Der Verfasser hebt hervor, dass eine derartige Alteration der Zunge höchst selten anzutreffen ist; indess verfügt die medicinische Literatur auf drei zweifellose Fälle dieser Art.

Die Patientin starb, eine vollständige Autopsie war jedoch nicht möglich.

Es wurde nur die Eröffnung der Bauchhöhle gestattet. Man constatirte Tuberkulose des Peritoneums und des Darmes mit ausgebreiteten Ulcerationen. Leber, Nieren, Milz wiesen deutlich die Reactionen der Amyloidsubstanz auf, eine Thatsache, die nachträglich durch die Untersuchung an den in Alkohol erhärteten Pièces bestätigt wurde. Die Diagnose in Bezug auf den Magen-Darmcanal konnte auch ihre Bestätigung finden: Hier war die Amyloiddegeneration beschränkt auf der Schleimhaut und der Zunge. Die terminalen Gefässschlingen zahlreicher Pupillen boten die charakteristischen Reactionen der Amyloidsubstanz dar. *A. D.*

W. W. Strogonow: «Bacteriologische Untersuchungen des Geschlechtscanales des Weibes in verschiedenen Lebensperioden». (Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Nr. 6 u. 8. — St. Petersb. med. Wochenschr., Nr. 48, 1893.)

Im ersten Theil dieser fleissigen Arbeit gibt Verfasser eine ausführliche Uebersicht aller bis jetzt erschienenen Arbeiten, die Genitalsecrete der Frau während des Wochenbettes, während der Schwangerschaft und unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen betreffend. Der 2. Theil macht den Leser mit der Methode bekannt, nach welcher Verfasser seine Untersuchungen angestellt hat und enthält eine durch zahlreiche Untersuchungsprotocolle ergänzte Beschreibung der Resultate folgender Untersuchungen:

Untersuchung der Scheide neugeborener Mädchen. Die Vagina Neugeborener ist gleich nach der Geburt, mithin auch während des intrauterinen Lebens steril. Die vaginale Ausscheidung ist von

schwach sauerer Reaction und enthält epitheliale Zellen. Eine Invasion der Mikroorganismen erfolgt bald nach der Geburt und sind schon gleich nach der ersten Wanne in der Scheide Mikroben nachweisbar, deren Eindringen durch das Versenken ins Wasser, durch Bestreichen der Geschlechtstheile mit Fett oder durch das Waschen der Genitalien ermöglicht wird.

Der Einfluss der Menstruation auf den Gehalt an Mikroorganismen in der Scheide und in dem Cervix.

Die Vagina enthält sowohl unmittelbar vor, während und nach der Menstruation eine Menge von Mikroorganismen. Die Quantität derselben variirt je nach der Art der Mikroben und je nach der grösseren oder geringeren Retention von Blut in der Scheide. Während der Menstruation wird die Rection der Vagina eine neutrale oder alkalische. In dem Cervix konnten in der Mehrzahl der Fälle keine Mikroben nachgewiesen werden. Die Reaction des Cervicalschleimes ist eine alkalische. In 30 Percent der Fälle wurden in den Gelatinekolben mit Vaginalsecret Mikroben nachgewiesen; das Cervicalsecret war in 90 Percent der Fälle steril.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix alter Frauen.

Die Vagina enthält in allen Fällen bedeutende Mengen von Mikroben (Coccen, Diplococcen, Bacillen). Die hier vorkommenden Bacillen sind viel kleiner als sie bei Frauen in geschlechtsreifem Alter gefunden werden. Reaction der Scheide schwach sauer. Der Cervix wurde in der Hälfte der Fälle steril gefunden. Reaction alkalisch. Bei prolapsus uteri wurde in allen Fällen im Cervix ein Vorkommen von Mikroben allerdiegs nicht in hohem Grade nachgewiesen.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix Schwangerer.

In der Vagina Schwangerer ist immer eine Menge von Mikroben enthalten. In normalen Fällen ist eine bestimmte Bacillenform vorherrschend, doch kommen neben derselben auch noch andere Formen vor. Mikroben, welche die Gelatine verflüssigen, werden selten gefunden. Die Reaction der Vagina während der Schwangerschaft ist eine entschieden sauere. Der Cervix enthält unter normalen Verhältnissen keine Mikroorganismen; sind solche jedoch vorhanden, so ist die Menge derselben eine äusserst geringe. Reaction alkalisch.

Der äussere Muttermund bildet somit in der Mehrzahl der Fälle die Grenze zwischen dem sterilen und dem Mikroorganismen enthaltenden Abschnitt des Genitaltractus.

Das Verhältniss des Abortes zum Bacteriengehalte der Scheide und des Cervix.

In der Vagina abortirender Frauen sind immer Mikroorganismen (Bacillen, Coccen, Diplococcen) enthalten. Die Reaction der Scheide neigt in diesen Fällen mehr zur alkalischen. Je weniger intrauterine Eingriffe vorgenommen werden und je längere Zeit nach solchen Manipulationen verstrichen ist, um so weniger Mikroorganismen werden constatirt.

In Bezug auf das Verhalten der Mikroben der Vagina und des vaginalen Bacillus zum Staphylococcus ergaben die Versuche STROGONOW's, dass die Producte der Lebensthätigkeit des Vaginabacillus auf den Staphylococcus einen vernichtenden Einfluss ausüben.

Was die Sterilität des Cervix und die dieselben bedingenden Ursachen anbetrifft, so hält sich STROGONOW auf Grund seiner Experimente für berechtigt sie durch folgende Factoren zu erklären. 1. Ein mehr oder weniger beständiges Moment — die Bacillen; die tödtende Wirkung des Cervicalschleimes und die zeitweiligen Momente; 2. die Wirkung der Menses und 3. wahrscheinlich auch der Lochien.

Die Resultate dieser umfangreichen und werthvollen Arbeit werden ohne Zweifel in Specialwerken von würdigerer Feder eine Berücksichtigung finden, wir haben dieselben nur in sofern registrirt, als sie zum Verständniss beizutragen im Stande sind, in wie reichem Masse die Natur den weiblichen Organismus vor dem Eindringen pathogener Mikroorganismen resp. des Staphylococcus und des Streptococcus geschützt hat.

In der Vagina finden die Mikroben einen ungeeigneten Nährboden, welcher die Virulenz und Lebensfähigkeit derselben vermindert, oder sie sogar in mehr oder weniger kurzer Zeit tödtet. Sie finden ausserdem in der Vagina einen Bacillus vor, welcher daselbst unter den geeignetsten Lebensbedingungen prosperirt und welcher durch Bildung von Säuren und durch andere Producte seines Stoffwechsels schädlich auf sie einwirkt. Gehen die pathogenen Mikroben dennoch nicht in der Scheide unter, sondern gelangen sie in den Cervix, so finden sie auch dort keinen geeigneten Nährboden — den Cervicalschleim. Wenn schliesslich, wie nach Analogie einiger anderer Secrete angenommen werden kann, der Schleim nur die vegetativen Formen der Mikroben tödtet, den Sporen gegenüber aber machtlos ist, so kommen dem Cervicalschleim die menstruellen Blutungen resp. die Lochien zu Hilfe, welche die Mikroorganismen auf rein mechanischem, möglicherweise aber auch auf chemischem Wege aus der Gebärmutter — resp. Cervixhöhle entfernen.

J. Simon: Herzkrankheiten bei Kindern. (Ref. nach la médecine moderne, Nr. 95, 1893.)

SIMON stellt in Kürze das Verhalten der chronischen Herz-Krankheiten im Kindesalter gegenüber dem bei Erwachsenen fest.

Die Unterschiede betreffen sowohl die Localisation an den Klappen, als die prognostische Bedeutung und die Symptomatologie.

So sei beim Kinde die Mitralinsufficienz im Zahlenverhältniss den übrigen Klappenfehlern noch weit mehr überlegen als beim Erwachsenen. Weit seltener als beim Erwachsenen und von viel geringerer Bedeutung sei die Aorteninsufficienz. Häufig sei die Entzündung des Endocards von Pericarditis begleitet, welch' letztere den Zustand ernster gestaltet.

Für die Diagnose wäre festzuhalten, dass die functionellen Symptome, wie Dyspnoe, bei Kindern fast immer fehlen, während die physikalischen Zeichen viel leichter zu beobachten sind als beim Erwachsenen.

Für die Fälle, wo die Herzgeräusch- Töne schwach oder intermittirend sind, wird das Verfahren von AZONLAY empfohlen, der durch Erheben der Arme und Beine des Kindes und Festhalten dieser Stellung die Kreislaufswiderstände steigert.

Die Behandlung besteht in point de feu oder Nésicatoines in der Präcordialgegend; in Verabreichung von Natr. salicyl., Digitalis, Jodkali. Coffeïn nur in den Eisenverbindungen.

Hat man mit nervösen Herzkranken zu thun, wird Bromkali gute Dienste leisten. Arsen, Hämoglobin zur Hebung des Kräftezustandes.

Strenge zu verbieten sind Seebäder, ja sogar der Aufenthalt am Meere. *Rie*

Dr. E. Monin (Paris): Ueber die Behandlung der Chlorose und des Lymphatismus. (Sociéte d'Editions scientifiques 1893.)

HAMILTON empfahl gegen die Chlorose die salinischen Abführmittel: dieser Autor hatte beobachtet, dass in den Fällen, in welchen der Darm sorgfältigst entleert wurde, die tonisch-reconstituirende Wirkung der Adstringentia und der Eisenpräparate sich rascher und vollständiger entfaltete.

Wie oft sehen wir übrigens nicht eine unvollkommene Blutbildung aus einer Asthenie des Verdauungsapparates hervorgehen? Ferner haben einige neue Beobachter, worunter wir Andrew CLARK und DUCLOS nennen wollen, gezeigt, dass die Autointoxication des Blutes in Folge habitueller Zurückhaltung der Fäces eine grosse Rolle in der Hervorrufung der pathogenen Phänomene der Chlorose, die sie zu einer Art Stercorämie machen, spielt. Anderntheils scheint es, dass man die bekannte Chlorosis fortiorum, die von WENDT (aus Berlin) beschrieben wurde, in Zusammenhang bringen müsse, sei es zu einer Congestion des Uterus, sei es zu Obstructionen der Unterleibsorgane, Zustände, bei denen die Purgirung mittels Wineralwässer vollkommen gerechtfertigt ist. Unter dem Einflusse dieser Behandlung sieht man in der That die trophischen Störungen auftreten, die an das Gangliennervensystem gebunden sind: ist die gastro-intestinale Adynamie überwunden, dann vertragen die Kranken wunderbar die Eisen- und Jodpräparate, für welche sie nur Ekel und unüberwindliche Abneigung empfanden.

Erinnern wir uns endlich, dass die Vermehrung des Blutserums ein constantes Vorkommniss bei chlorotischen Personen ist:

daher die Synonima Hydrämie oder seröse Polyämie. Nichts ist also berechtigter, um diesen Zustand falscher Plethora entgegenzutreten, als die Verabreichung der ungarischen Heilquelle in kleinen und wiederholten Dosen, die einen wahrhaftigen serösen Aderlass bewirkt. Dadurch und nicht auf eine andere Weise bekämpft man den Kopfschmerz bei Blutarmuth, die fortwährende Schlafsucht, die Ohnmachten, das Ohrensausen, die Dyspnoë, die Palpitationen, die Schlaffheit und Schwäche der Muskulatur und alle jene Symptome, die von einer serösen Stauung, von einer Pseudo-Polyhämie, die nichts anderes ist als Oligämie, herrühren. Ist einmal diese vorausgehende eliminatorische Arbeit beendet, dann wird die Wiedergeburt der Blutkörperchen gleichsam von selbst sich vollziehen, ohne Beihilfe irgend eines angeblich specifischen medicamentösen Agens — und dies nur in Folge der Steigerung der Plasticität, die eine relative Vermehrung der Blutkörperchen und eine verbesserte für das Gleichgewicht der physiologischen Functionen unerlässliche Blutbildung mit sich führt.

Wenn der Praktiker bei der grossen Zahl von abführenden Salzen und kathartischen Mineralwässern für gewöhnlich natürlichem ungarischen Hunyadi János Mineralwasser den Vorzug gibt, so geschieht dies darum, weil dieses Wasser eine unvergleichliche diluirende und antiplastische Wirkung auf den Darm und gleichzeitig eine elective tonische und wiederherstellende Wirkung auf die Blutbildung ausübt. Die Vereinigung dieser beiden Eigenschaften, die sich für gewöhnlich einander ausschliessen, erklärt sehr wohl diesen Vorzug, der bei den Aerzten raisonnirt, bei den Kranken intuitiv ist.

Hunyadi János ist ein mildes Abführmittel für den Darm, aber in eminentem Grade ein Hydragogum. Es übt vor Allem seine Wirkung auf das Duodenum, auf die Gallenwege und das venöse Absorptionsnetz aus. Diese sicher eintretende Wirkung bewährt sich bei allen acuten und chronischen Entzündungen. Wenn CULLEN die berühmte ungarische Heilquelle gekannt hätte, so würde er sie sicherlich und ohne weiters in die Classe der antiphlogistischen Abführmittel eingereiht haben, denn niemals veranlasst sie eine Irritation des Darmes, welcher Umstand die Anwendung desselben durch längere Zeit und in einem grösseren Umfange fortzusetzen gestattet, selbst bei Individuen, deren Magen die Purgirung mittels neutralen Salzen schlecht verträgt. Dies ist häufig der Fall bei chloro-anämischen und lymphatischen Personen, für die es demnach nothwendig ist, die Darmperistaltik zu steigern, die oft gestörten Secretionen des Verdauungsrohres und seiner Adnexe zur Norm zurückzuführen, den Blutkreislauf in's Gleichgewicht zu bringen, die Diurese anzuregen, den Appetit und die Ernährungsthätigkeit, die bei ihnen mit einer eusthenischen Zukunft so eng verbunden sind, zu heben.

Es ist unläugbar, dass bei dem Hunyadi János-Wasser alles zusammenwirkt, um im Haushalte diese vitale Thätigkeit der Exosmose und Endosmose zu verwirklichen.

Das Wasser wird in der Dosis von einem bis anderthalb Glas dargereicht werden, denn die Versuche AUBERT's und BURCKHEIM's haben dargethan, dass die kathartische Wirkung vor Allem von der eingenommenen Menge und nicht von dem mehr oder weniger concentrirten Zustand der Salzlösung abhängig ist. Die berühmte ungarische Quellen ist in dieser Beziehung von der Natur in wunderbarer Weise verarbeitet worden: die Natur hat aus diesem Wasser ein wahrhaftes Medicamentum ad pondus gemacht, wie es die Galenisten geträumt haben mögen.

Wenn wir das Gesagte kurz resumiren, so gelangen wir zu folgender Schlussfolgerung: Um die Hypopepsie, die Stercorämie und die Dyspepsie der Chlorotischen zu bekämpfen; um die Leukocythose zu beseitigen und die Verwandlung der Hämatoblasten anzuregen; um das verarmte Blut aufzubessern und den gastrischen Symptomencomplex zu beeinflussen, werden wir die salinischen Abführmittel fleissig anwenden, da ihnen unter den gedachten Umständen ein bedeutender Heilwerth zukommt. Vor allen anderen Mitteln jedoch wird das natürliche ungarische Mineralwasser Hunyadi János unseren Vorzug haben: derselbe ist denn auch vollkommen gerechtfertigt. *D. T.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 22. d. M. unter dem Vorsitze des Prof. Kaposi abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien wurde die Aufmerksamkeit der Anwesenden durch eine Reihe interessanter Demonstrationen rege erhalten. Doc. v. Hacker demonstrirte einen Fall mit aus dem Rectus abdominis gebildetem Sphincter Dr. Müller stellt hierauf drei Fälle vor, u. zw. einen Fall von Enophthalmus traumaticus, einen Fall von Cilieneinklemmung im Auge und einen Fall von Hydrops des Sinus frontalis. Assistent Dr. J. Schnitzler berichtet dann über die Beziehungen des Bacterium coli bei diabetisch gemachten Thieren zur Pneumaturie, wobei er mehrere Präparate demonstrirt. Zur Discussion über Hofr. Billroth's Vortrag «Ueber Aneurysmen» ergriff Prof. Paltauf das Wort, wobei er den Begriff der Bezeichnung «Aneurysma» genau präcisirte und auf Grund seiner reichen Erfahrungen die pathologisch-anatomischen Befunde bei den verschiedenen Aneurysmen für deren Eintheilung verwerthete. Da von den zur Discussion eingetragenen Herren die meisten fehlten, musste die Discussion abgebrochen werden, ebenso musste der von Dr. Latzko angekündigte Vortrag: «Einfluss der Chloroformnarcose auf die Osteomalacie» wegen der vorgerückten Zeit verschoben werden. Aus der administrativen Sitzung der Gesellschaft ist nachzutragen, dass der Antrag, einen Numerus clausus von 500 Mitgliedern zu schaffen, sowie die Einschreibegebühr von 5 fl. auf 20 fl. zu erhöhen, angenommen wurde. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung findet sich in der nächsten Nummer. — Der Wiener medic. Club hielt am 20. d. M. eine Plenarversammlung ab, bei welcher der Schriftführer Dr. Schlesinger ein erfreuliches Bild über die wissenschaftlichen Leistungen, sowie über das stete Gedeihen des Vereines entwickelte. Hierauf wurde eine grössere Anzahl neuer Mitglieder aufgenommen, die DDr. J. Weiss und Singer zu Revisoren und der frühere Ausschuss einstimmig wiedergewählt. — In der Sitzung der dermatologischen Gesellschaft am 16. d. M. wurde Prof. Lang zum Vorsitzenden, Doc. Dr v. Hebra zum stellvertretenden Vorsitzenden, Doc. Dr. Grünfeld zum Cassier, Dr. Nobl zum ersten, Dr. Rille zum zweiten Schriftführer gewählt.

* Vom Obersten Sanitätsrath. In der Sitzung des k. k. Obersten Sanitätsrathes vom 16. December d. J. gelangten nach mehreren geschäftlichen Mittheilungen nachstehende Gegenstände zur Berathung und Beschlussfassung. 1. Gutächtliche Aeusserung, betreffend die Erspriesslichkeit der Heranbildung eines thierärztlichen Personales niederer Kategorie durch Einführung eines thierärztlichen Unterrichtes an landwirthschaftlichen Lehranstalten. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Polansky.) 2. Begutachtung der Betriebsanlage einer Petroleum-Raffinerie mit Rücksicht auf die Gefährdung der Fischerei und Austernzucht durch die aus derselben in das Meer gelangenden Abwässer. (Referent O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig.) 3. Gutachten über die Zulässigkeit der Erzeugung und des Verkaufes der getrockneten sogenannten dürren Würste. (Referent O. S. R. Prof. Dr. Max Gruber.) Der Oberste Sanitätsrath stellte die Bedingungen fest, unter welchen die Herstellung und der Vertrieb dieses Artikels vom sanitätspolizeilichen Standpunkte statthaft erscheint. 4. Gutächtliche Aeusserung über die Statthaftigkeit einer von einer nichtärztlichen Heilperson im Auslande betriebenen Heilmethode, welche sowohl den Grundsätzen der medicinischen Wissenschaft als auch Sittlichkeitsrücksichten widerstreitet. (Referent O. S. R. Dr. R. v. Wiedersperg.) Der Oberste Sanitätsrath nahm von dieser Verhandlung Anlass, die Irreführung des unkundigen Publicums durch allerlei nichtige, den einfachsten medicinischen und hygienischen Grundbegriffen zuwiderlaufende Heilmethoden, welche in gewinnsüchtiger Absicht von unberufenen Personen angepriesen werden, der Besprechung zu unterziehen und die strenge Handhabung der diesen Gegenstand betreffenden sanitätspolizeilichen Vorschriften, sowohl in Bezug auf die Hintanhaltung der Ausübung derselben, als auch auf die Verbreitung unstatthafter Reclamevorschriften zu empfehlen. 5. Am Schlusse wurde mit Rücksicht auf die Fortschritte

in der Kenntniss der Wirksamkeit der Desinfectionsmittel in Berathung gezogen, inwiefern die gegenwärtigen für die Hebammenpraxis bestehenden Vorschriften, betreffend die Anwendung von Desinfectionsmitteln einer Abänderung zu unterziehen wären. (Referent O. S. R. Hofrath Prof. Dr. G. Braun.)

* Universitäts- und Personal-Nachrichten. — St. Petersburg. Docent Dr. L. Bellarminow wurde zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie ernannt.

* Der ärztliche Verein im VIII. Bezirke (Obmann Professor Schauta) in Wien ersucht uns um Aufnahme folgender Resolution: «Der ärztliche Verein des VIII. Bezirkes in Wien spricht seine Entrüstung über das die ärztliche Standesehre in so empfindlicher Weise schädigende Vorgehen des Dr. Ritscher aus, und bedauert auf das Lebhafteste, kein weiteres Mittel zu besitzen, um solch einem Unfuge ein Ende zu machen.»

* X. Oesterreichischer Aerztevereinstag. Derselbe wird am 27. und 28. April 1894 in Wien abgehalten. Tagesordnung: 1. Eröffnung des Vereinstages durch den Vorsitzenden des Geschäftsausschusses. 2. Bericht über die Prüfung der Legitimationen der Delegirten. 3. Wahl des Bureaus des Aerztevereinstages. 4. Rechenschaftsbericht des Geschäftsausschusses über seine Thätigkeit in der abgelaufenen Geschäftsperiode. 5. Cassenbericht des Verbandes und Festsetzung des Präliminars und Jahresbeitrages für die nächste Geschäftsperiode. 6. Bericht über das Unterstützungs-Institut für Witwen und Waisen und Rechnungslegung (Referent: Dr. Em. Blum-Wien). 7. Referat über die Ausgestaltung des ärztlichen Vereinswesens in Oesterreich, die Stellung der ärztlichen Vereine zu den Aerztekammern und über das Verhältniss des Aerztevereinsverbandes zu den Kammern. (Referent: Dr. Karl Kohn-Wien). 8. Referat betreffend die Rechte und Pflichten der Aerzte (Referent: Reg.-Rath Dr. Gauster-Wien). 9. Referat betreffend die Krankencassen. (Referent: Prof. Dr. Janovský-Prag). 10. Referat über den Ausbau der Sanitätsgesetzgebung in Oesterreich. (Referent: Dr. Heinrich Adler-Wien). 11. Wahl des Geschäftsausschusses für die nächste Geschäftsperiode. 12. Anträge der Vereine. 13. Anträge der Delegirten.

Die dem österr. Aerztevereinsverbande angehörigen Vereine werden ersucht, ihre Delegirten und Delegirten-Stellvertreter zum Aerztevereinstage nach § 4 der abgeänderten Statuten des Aerztevereinsverbandes zu wählen und sie dem Geschäftsausschusse bekannt zu geben. § 4 der Statuten lautet: «Jeder dem Aerztevereinsverbande beitretende ärztliche Verein erwählt mindestens einen, Vereine welche über 50 Mitglieder haben, für je 25 einen Delegirten, wobei eine 25 überschreitende Zahl als volle 50 angenommen wird. Wenn Vereine aus Sectionen zusammengesetzt sind, welche getrennten Bezirken eines Kronlandes angehören, so sind die Delegirten durch die einzelnen Sectionen in der für selbstständige Vereine festgesetzten Zahl zu wählen. Die General-Versammlung solcher Vereine kann ausserdem einen Delegirten wählen.»

Der Geschäftsausschuss des österr. Aerztevereinsverbandes:

Der Schriftführer: Dr. Karl Kohn. — Der Vorsitzende: Dr. Moritz Gauster.

Budapest. Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. In der am 9. d. M. abgehaltenen Jahresversammlung wurde der Balassapreis von 400 Gulden ausgeschrieben auf eine «Studie über tuberkulöse Knochenentzündung und Knochengeschwür, in ätiologischer, bacteriologischer und hystologischer Beziehung, — und Abhandlung über deren Heilmethoden auf Grund selbstständiger klinischer und statistischer Daten.» Einsendungstermin 31 Mai 1895. — Dem vom ersten Sekretär verlesenen Jahresberichte entnehmen wir, dass im abgelaufenen Jahre 20 Vorträge und 61 Demonstrationen abgehalten wurden und dass der Verein 457 ordentliche und 167 correspondirende Mitglieder zählt. Die Vereinsbibliothek besitzt gegenwärtig 5424 Werke in 9635 Bänden; Fachzeitungen und periodische Schriften liegen 70 im neuen Lesesaal auf. Aus dem Ivanchich-Fond wurden 770 fl. an verarmte Collegen oder deren Witwen vertheilt. Neue ordentliche (hauptstädtische Mitglieder wurden 49, correspondirende 2 gewählt u. zw. Victor Horsley in London und Heinrich Fritsch in Bonn.

* Rom. Der ausgezeichnete römische Kliniker Guido Baccelli, ist als Unterrichtsminister in das Cabinet Crispi berufen worden. Baccelli war bereits 1880—84 unter der Minister präsidentschaft Cairoli's und Depretis' Unterrichtsminister.

* Spanien. Die hygienische Academie von Katalonien hat fünf Preisaufgaben gestellt, an deren Bearbeitung sich Autoren aller Länder betheiligen können.

1. Hygiene des weiblichen Geschlechts (higiene de la mujer.)
2. Welche hygienischen Massregeln sind für die Volksschulen erforderlich? (condiciones higiénicas quehon de reunir las escuelas des linadás á la primera ensenunza)
3. Ueber die Verbreitungsstoffe des Typhus und den Modus der Beseitigung. (medios de pronagación de la fiebre tifoidea y menera de amularlos.)
4. Welche Massregeln sollen die Behörden ergreifen zur Verhütung des Tuberkelcontagium? (medidas que deben tomar los municipias para evitar el contagio de la tuberculosis.)
5. Ueber ein beliebiges Thema (asunto libre.)

Jeder Preis besteht in einer silbernen Medaille mit Bezeichnung des Namens und Titels des prämiirten Autors. Die Arbeiten sind bis zum 15. Februar an Sr. Dr. J. Queraltó, Ronda de San Antonio, 25 bis, pral., Barcelona, einzusenden.

(Revista de med. y cirurgia prácticas. — Deutsche Medic.-Ztg.)

* Von der «Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften» herausgegeben von Hofrath Prof. Drasche (Max Merlin, Wien-Leipzig) ist soeben die 15., 16. u. 17. Lieferung zur Ausgabe gelangt. Dieselben enthalten die Artikel: Degeneratives Irresein von Dr. Robert Sommer (Würzburg), Dementia und Dementia senilis von Prof. Kirn (Freiburg i. B.) Dementia paralytica von Prof. v. Wagner (Wien), Diabetes mellitus und insipidus von Prof. Kraus (Wien), Diarrhoe von Prof. Schweninger (Berlin), Diphtherie von Escherich (Graz), Duodenalstenose und Dysenterie von Dr. J. Boas (Berlin), Dysarthrie, Dysgraphie, Dyslexie von Doz. Sommer (Würzburg), Dystrophia muscularis progressiva von Prim. Higier (Warschau), Eclampsia infantum von Assistent Dr. Loos (Graz), Eingeweidewürmer des Menschen von Hofrath Prof. C. Claus (Wien.) Mit der letzterschienenen Lieferung 17, zugleich das 10. Heft des Bandes «Interne Medicin und Kinderkrankheiten» schliesst der I. Halbband dieser Disciplin, reich illustrirt mit einer Farbendrucktafel und 55 einzelnen Abbildungen.

* Praetorius' österreichischer Medicinal-Schematismus, dieses längst bekannte und vorzügliche Hand und Hilfsbuch, ist für 1893—94, neu bearbeitet von Dr. E. Fischer, soeben im Verlage von Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig, erschienen. — Ein Vorzug, der das Werk von den mehrfachen Concurrenz-Unternehmungen wohl am meisten unterscheidet, besteht darin, dass das gesammte überaus reichhaltige Material (der Schematismus umfasst 41 Druckbogen) Dank der wohlwollenden und nachhaltigen Förderung des Ministeriums des Innern, auf durchaus amtlichem Wege erwirkt werden konnte. Gerade dieser so werthvolle Umstand ist es, der dem Buche ein officielles Gepräge verleiht und es zu einem unentbehrlichen Nachschlagwerke gestaltet, sowohl für die Zwecke der politischen Aemter, für öffentliche und private Verwaltungsstellen, als auch insbesondere alle zu dem Sanitätswesen in Beziehungen stehenden industriellen und kaufmännischen Unternehmungen, denen hier ein Adressenmaterial geboten wird, wie es sich in gleicher Vollständigkeit und Zuverlässigkeit sonst nirgends findet, denn neben den Adressen sämmtlicher graduirter und diplomirter Aerzte, haben auch diejenigen der Thierärzte, Apotheker und Hebammen Aufnahme gefunden und ein sorgfältig gearbeitetes Orts-Verzeichniss und Namens-Register erhöht die Brauchbarkeit des gut ausgestatteten Buches wesentlich. Der Preis von 3 fl. für das gebundene Exemplar muss ein sehr mässiger genannt werden.

* Cholera-Nachrichten Oesterreich-Ungarn. In der abgelaufenen Woche vom 12.—19. December sind in Galizien in 3 Gemeinden 8 Personen an Cholera erkrankt, 4 Personen (davon 2 Kranke aus früheren Berichtswochen) gestorben. — In Ungarn sind während der Woche vom 29. November bis 5. December in 11 Gemeinden 20 Erkrankungen und 13 Todesfälle in Folge von Cholera vorgekommen. Gegen die Vorwoche hat sich die Zahl der Erkrankungen um 25, jene der Todesfälle um 13 vermindert. — Russland. Die Cholera ist fast in allen Gouvernements im Zurückgehen begriffen.

* Influenza. Wien. Im Laufe der letzten Woche hat die Zahl der Krankheitsfälle ganz erheblich abgenommen.

* Todesfall. Der Geh. San.-Rath Dr. Guttmann, Herausgeber eines der hervorragendsten deutschen medicinischen Journale, der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, ist am 22. d. M. in Berlin an Influenza gestorben.

* Herr Dr. H. Kümmerling hat seine massageärztliche Praxis in Abbazia aufgenommen.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in der Stadt Feldsberg, Bezirkshauptmannschaft Mistelbach in Niederösterreich, ist vom 1. Februar 1894 an zu besetzen. Jahresgehalt 250 fl., dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. Jänner 1894 an das Bürgermeisteramt Feldsberg zu richten, das auch nähere Auskünfte ertheilt. Die Stadt Feldsberg zählt 450 Häuser und über 3000 Einwohner, ist der Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes, Steueramtes und der fürstlich Johann Liechtenstein'schen Gutsverwaltung, hat eine 6classige Volksschule und eine n.-ö. Acker-, Obst- und Weinbauschule. In nächster Nähe liegen die Ortschaften: Bischofswart, Reinthal, Kotzelsdorf, Schwattenberg, Herrenbaumgarten und Garschönthal die ziemlich gross sind und keinen Arzt haben.

Districtsarztesstelle für den District Lhota Jestřabi mit dem Amtssitze Kolin (Böhmen). Der Sanitätsdistrict Lhota umfasst 10 Gemeinden mit dem Flächenausmasse von 70·29 Qu.-Kilom. und 5964 Einw. Mit dieser Stelle, welche am 1. Jänner 1894 anzutreten ist, ist der Jahresgehalt von 400 fl. ö. W. und ein Reisepauschale von 160 fl. 58 kr. verbunden. Bewerber haben ihre mit den im § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888 geforderten Nachweisen belegten Gesuche bis längstens 26. December 1893 beim Gemeindeausschusse in Kolin einzubringen.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22 300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Districtsarztesstellen (Krain), und zwar: a) mit dem Jahresgehalte von 800 fl.; 1. in Rieg, 2. in Senosetsch, 3. in Tschernembl, 4. in Wochreiner Feistritz. b) Mit dem Jahresgehalte von 700 fl; 1. in Möttling. c) Mit dem Jahresgehalte von 600 fl.; 1. in Adelsberg, 2. in Loitsch. Bewerber um eine dieser Stellen haben ihre Gesuche bis zum 31. December 1893 beim krainischen Landesausschusse in Laibach einzubringen und in denselben das Alter, die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis, die österr. Staatsbürgerschaft, physische Eignung, moralische Unbescholtenheit, bisherige Verwendung und Kenntniss der slovenischen und der deutschen Sprache nachzuweisen.

Gemeindearztesstelle im Sanitätssprengel Vigo Lomaso (Tirol), polit. Bezirk Tione, bestehend aus den Gemeinden Campo, Comano, Fiavé und Lundo, mit jährlichen 1900 fl. Gesuche bis längstens 30. December l. J. an das Gemeindeamt daselbst.

Districtsarztesstelle in Weldzirz (Galizien), Dolinaer Bezirk, mit 18 Gemeinden, 935 Qu.-Kilom. und 15.857 Einw. Gehalt 700 fl., Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 25. December l. J. an den Bezirksausschuss in Dolina einzusenden.

Mit dieser Nummer versenden wir Nr. 12 der «Therapeutischen Blätter» enthaltend: Neue Arzneimittel, Referate, Kleinere Mittheilungen und Arzneiverordnungen, Hygienie. Pharmakologie und Toxikologie.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9

VII. Jahrgang. **Wien, 31. December 1893.** **Nr. 53.**

„**Internationale Klinische Rundschau**" jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „**Klinische Zeit- und Streitfragen**" jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I. Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau" I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „**Intern. Klin. Rundschau" Wien I. Lichtenfelsg. 9**

INTERNATIONALE KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

An unsere Leser!

Vom ersten Januar 1894 an soll die seit sieben Jahren bestehende

„Internationale Klinische Rundschau"

mit einem erweiterten Programm erscheinen, welches den im Titel angedeuteten internationalen Charakter des Blattes in noch höherem Grade zum Ausdruck bringen soll, als dies bisher geschah.

Zu diesem Zwecke haben wir eine Anzahl auswärtiger Autoritäten gewonnen, welche sich nicht nur an der Mitarbeiterschaft, sondern auch an der Redaction unseres Blattes betheiligen werden, und wir haben bisher Zusagen von folgenden berühmten Klinikern erhalten: **Baccelli** (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Semmola** (Neapel), **Thiry** (Brüssel).

Wir freuen uns bald Gelegenheit zu haben, Arbeiten aus der Feder dieser ausgezeichneten Geehrten und solche, die aus deren Kliniken hervorgehen, in unserem Blatte veröffentlichen zu können. Es wird weiterhin das Bestreben der «Internationalen Klinischen Rundschau» sein, in ihrer «Zeitungsschau» eine wahrhaft internationale Uebersicht über die Fortschritte unserer Wissenschaft zu bieten, und ebenso in den kritischen Referaten alle beachtenswerthen Erscheinungen einer eingehenden Würdigung zu unterziehen. Die Verhandlungen in- und ausländischer Gesellschaften und Congresse sollen nach wie vor besondere Berücksichtigung finden; die Standesfragen werden von berufener Seite entsprechende Behandlung erfahren. Die monatlich erscheinende Beilage «Therapeutische Blätter» wird unsere Leser über die Fortschritte der Heilmittellehre im engeren Sinne unterrichten. Die grosse Anzahl trefflicher Referenten, welche wir im Laufe der letzten Jahre zu gewinnen so glücklich waren, im Vereine mit den hervorragenden Autoritäten, welche vom 1. Januar 1894 an einen Theil ihrer Kraft unserem Blatte widmen wollen, wird es uns ermöglichen, die «Internationale Klinische Rundschau» zu einem Journale zu gestalten, welches, ganz abgesehen von seinem selbstständigen Werthe, auch neben jedem anderen Blatt gerade durch die Eigenart seiner Bestrebungen und seinen vorwiegend internationalen Charakter, als eine geradezu nothwendige Ergänzung wird gelten müssen.

Für die Redaction
der
„Internationalen Klinischen Rundschau"
Dr. Arthur Schnitzler.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Die Behandlung der Blepharitis, des consekutiven Ektropium post blepharitim und Ektropium senile, s. sarcomatosum.

Von

Dr. Fukala, Augenarzt in Pilsen.

(Fortsetzung und Schluss.*)

Das Ektropium post Blepharitim.

Dieses ist neben den Ektropien nach Verbrennungen und nach Caries die häufigste Form; die Ursache der Häufigkeit liegt in dem häufigen Vorkommen der Blepharitis bei jungen und älteren Leuten. Da die Lidrandentzündung ein Leiden ist, welches der ärztlichen Behandlung hartnäckigen Widerstand leistet und besonders häufig recidivirt, begünstigt ein Uebel eine Reihe von consecutiven anderen; die Reizung der Conjunctiva trägt zur Zunahme der Geschwüre am Lidrand bei; consecutiv entwickelt sich daraus im reflectorischen Wege ein reichlicher Thränenfluss, in Folge dessen die übermässigen Thränen nicht auf normalem Wege durch den Thränensack zur Nase hin abgeleitet werden können, sondern über den Lidrand auf die Wange hinabfliessen. Ist der Zustand einmal zu diesem Grade gediehen, dann ist eine Rückkehr der unteren Lider zur Norm nicht mehr möglich.

Zwei Momente sind es, die die Entwicklung des Ektropiums in solchen Fällen befördern; vor Allem wird der untere Thränenpunkt aus dem Thränensee nach aussen hin evertirt; so, dass bald darauf die normale Thränenableitung gänzlich aufhört. Aus diesem Uebel entwickelt sich Anfangs langsam, später ziemlich rasch ein zweites: Acute Dermatitis des unteren Lides und Wange, die mit der Zeit in chronischen Zustand übergeht und nun entsteht durch die Schrumpfung der Haut am unteren Lid das Ektropium, gegen welches jede medikamentöse Behandlung vergeblich angewandt wird.

Neben Salben und Collyrien sind gegen dieses Ektropium oft auch die operativen Eingriffe ganz vergeblich; da das Uebel in der oculistischen Praxis häufig vorkommt, ist gegen selbes eine Reihe von verschiedenen Operationsmethoden angewandt worden und letzter Umstand allein beweist, dass solche Ektropien schwer heilbar sind.

Ich habe seit 2 Jahren gegen dieses Ektropium eine Methode angewandt, welche sich in jeder Beziehung vollkommen bewährt hat. *Sie besteht darin, dass die Lidhaut vom Knorpel nach der bekannten v. Graefe's Weise*[4]) *in der ganzen Länge des Lides lospräparirt und hierauf den Rand des Knorpels sammt der an ihm haftenden Bindehaut an die Lidhaut, jedoch viel tiefer, der ganzen Länge und Fläche nach angenäht wird.* Es wird nach der Lospräparirung der Haut vom Knorpel, was nur in der Narkose möglich ist, im äusseren Winkel ein dreieckiges Stück von der Haut, in derselben Weise, wie v. Graefe es angegeben hat, herausgeschnitten; dadurch soll der in der Regel verlängerte Lidrand kürzer gemacht werden und richtet sich selbstverständlich stets die Breite des herauszuschneidenden Dreieckes nach der Verlängerung des Lides. Die Nähte werden nach derselben Weise angelegt, wie bei der Snellen'schen Fadenoperation[5]); es wird nämlich zuerst die Nadel nahe vom äusseren Winkel und etwa 4 *mm* von den Wimpern nach abwärts und von aussen in die Lidhaut senkrecht, in den neugebildeten Wundraum hineingestochen und sodann in entsprechend gleicher Stelle (d. h. ebenso weit vom Lidwinkel), *jedoch knapp am oberen Rand* in den Knorpel gegen den Bindehautsack hineingeführt; nun wird die Nadel retour durch den Knorpel einige Millimeter nach einwärts, in gleicher Höhe nach aussen hineingeführt, sodann etwa 3—5 *mm* tiefer in die Haut nach aussen herausgestochen; Ein- und Ausstich liegen im Knorpel in gleicher Höhe; ebenso auch in der Haut; nun werden die Fadenenden über einer Perle oder Heftpflasterrolle zusammengeknüpft; *durch diesen Faden wird der Knorpel an die Haut unter den Lidrand befestigt.* Solche Nähte werden 2—3 nebeneinander angelegt und die Fäden 3—4 Tage liegen gelassen; sie werden ohne Reaction vertragen; Verband. Die nächste Wirkung dieser Operation ist die, dass der ektropirte Theil der Conjunctiva und des Tarsus an eine entsprechend tiefere Partie der Lidhaut adaptirt wird; und da hier zwei frische wunde Flächen sich innig berühren, muss eine dauernde Verwachsung eintreten.

Diese Operationsmethode unterscheidet sich von der von Graefe geübten darin, dass der lospräparirte Haut- und Tarsustheil je nach *Wunsch des Operateurs* genau aneinandergepasst werden können und in dieser Stellung vermöge der angelegten Nähte aneinanderzuwachsen gezwungen sind; bei der Methode v. Graefe's hingegen ist das Aneinanderwachsen von unangenehmen Zufällen abhängig. v. Graefe hat nämlich mittelst Fäden, die an die Stirne befestigt wurden, angestrebt, dass der Hautlappen sich nicht zurückziehen und nicht schrumpfen solle. Leider hat dies nur wenig Wirkung, da einerseits das Anspannen der Haut zumeist ein unangenehmes Gefühl von Spannung, später Schmerz verursacht, so dass die Operirten oft das Wegnehmen der Fäden verlangen; auch kann das Anziehen des Hautlappens Anschwellung und anderweitige unangenehme Folgen haben; die nachträgliche Schrumpfung zieht gleichfalls die (meist entzündete) Haut nach abwärts und bedingt einen weiteren Rückfall des Leidens; mit einem Wort, die Methode sichert vor Recidiven nicht; Auch die Samson'sche Methode, einen dreieckigen Hautlappen, mit der Spitze nach abwärts loszupräpariren und in einer höheren Lage durch Knopfnähte zu befestigen, gibt zu wenig aus, da das Ektropium vermöge der wenig veränderten Lage des Tarsus und der nachträglichen Hautschrumpfung recidivirt.

Die von mir angegebene Methode muss auch unbedingt sicherer wirken, als die Snellen'sche Fadenoperation; die Fäden haben zwar eine sehr sinnreiche Wirkung, aber die Dauer derselben kann nicht lange sein; sie sichert keineswegs vor Recidiven, da nach dem Entfernen der Fäden die alte Stellung des Lides langsam eintritt.

Es ist daher das von mir geschilderte Verfahren eine Combination der Methoden v. Graefe's und Snellen's; die Mängel der einen Methode werden durch den Vortheil der zweiten Methode wechselseitig ergänzt; bei der v. Graefe'schen Methode fehlt das Annähen der wunden Flächen und bei der Snellen'schen fehlt das Zusammenwachsen zweier wunden Flächen; und nur dann kann das Ektropium nicht recidiviren, wenn beide Factoren gleichzeitig zusammenwirken.

* * *

Ektropium senile et sarcomatosum.

Es ist dies ein Bild, welches man bei älteren Leuten und nach Trachom oder lang dauerndem Bindehautkatarrh mit stärkerer Schwellung der Gewebe auch bei jüngeren Leuten vorfindet.

Auch diese Formen sind in Folge der Erschlaffung des Orbicularmuskels schwierig zu heilen, indem das Ektropium meist nach jeder bisher angewandten Methode recidivirte.

Mit ganz gutem und sicherem Erfolge operire ich diese Formen durch *Excision des ektropirten Theiles und nachträgliches Vernähen des Lidrandes mit der Conjunctiva.* Diese Methode ist ganz sicher, indem ein Rückfall nicht möglich ist und hat überdies den grossen Vortheil, dass sie ganz leicht auszuführen ist; sie behindert den Lidschlag nachträglich nicht und es werden die Operirten von keinem Thränenfluss belästigt. Vorerst löse ich den Knorpel im intermarginalen Theil von der Lidhaut los, wie bei der ersten Methode ab; hierauf wird ein Schnitt durch die Binde-

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 52, 1893.

[4]) Archiv für Ophthalmologie. IV., 2. Th., S. 201.

[5]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1872. S. 36.

haut, paralell mit dem Lidrand geführt, wodurch die Ektropiumpartie, soweit sie frei nach aussen liegt, von der Bindehaut getrennt wird; hierauf fasst man den kranken Theil und schneidet ihn mit der Scheere ab; 4—5 Knopfnähte, durch welche die Bindehaut mit dem Rande der Lidhaut vereinigt wird, beschliessen den Operationsact. Bei partiellen Ektropien wird nur der entsprechende Theil des Knorpels ausgeschnitten. Ich habe Patienten, die nach dieser Methode operirt worden sind, zwei Jahre lang beobachtet, kann daher mit dem Erfolge zufrieden sein. Die nachträgliche Narbenkontraction trägt zur Verkürzung des verlängerten Lidrandes viel bei.

* * *

Die Combination beider Methoden

Von grossem Vortheil ist schliesslich die Combination beider Methoden. Ich habe nämlich zwei Mal bei der Operation nach der erstgenannten Methode den nach aussen liegenden Tarsus sammt der Bindehaut etwas zu wenig nach unten transplantirt. Die Folge dessen war, dass nachher ein sehr geringes Ektropium zurückgeblieben ist; letzteres kann hie und da vorkommen. Ich habe sodann das überbliebene partielle Ektropium nach der zweiten Methode excidirt. Der Eingriff war sehr gering und der Erfolg befriedigte vollkommen. In allen solchen Fällen erweist sich dieser Vorgang als ein sehr sicherer, einfacher und gefahrloser.

Von den systemisirten Wahnideen.

Ein klinischer Vortrag.

Von

Prof. Dr. Magnan in Paris.*)

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir haben in unseren Krankensälen einen Paralytiker, bei dem die interstitielle Encephalitis in Remission begriffen ist, währenddem ein Verfolgungswahn sich bildet und um so deutlicher sich systemisirt, als die Besserung des genannten Processes fortschreitet. Zwei Mal hat ein Ictus die allgemeine Paralyse noch mehr erschwert und zwei Mal hat sich der systemisirte Wahnsinn eingestellt, um mit der Besserung der allgemeinen Paralyse wieder zum Vorschein zu kommen.

Diese Thatsachen dürfen nicht vernachlässigt werden, und erst letzthin war ich Zeuge eines schweren diagnostischen Irrthums in einem derartigen Falle: Eine Frau, die an einem Uterusfibrom leidet, wird der Untersuchung durch einen Chirurgen unterzogen, der sofort erkennt, dass hier ein operativer Eingriff nothwendig ist, der aber, angesichts des Vorhandenseins gewisser Hirnsymptome, die Vorsicht gebraucht, zwei Irrenärzte um ihre Meinung zu befragen. Der eine erklärt, dass die Patientin mit allgemeiner Paralyse behaftet ist, und dass man von einer Operation absehen müsse. Der zweite Irrenarzt hingegen erblickt in dem Falle nur hypochondrische Wahnideen, die von der Uterusläsion abhängen, und behauptet, dass die Abtragung des Tumors die Patientin heilen werde. Der Gatte sieht sich gegenüber den zwei entgegengesetzten Meinungen in die grösste Verlegenheit versetzt und will auch meine Ansicht vernehmen. Ich constatire vor allem das Vorhandensein von Hallucinationen mit Verfolgungswahnideen: sie wähnt ihren Mann *in flagranti* mit der Bonne getroffen zu haben; sie stösst ihn daher von sich, will ihn nicht mehr sehen und fordert ihn auf, ihr Zimmer zu verlassen. Kurze Zeit darauf setzt sie die Erzählung fort, und, da sie ihren Mann nicht mehr gewahrt, will sie einige intime Einzelheiten, ohne irgend welche Zurückhaltung in Gegenwart einer Person, die sie zum ersten Mal sieht, schildern.

Ausserdem finden sich bei ihr hypochondrische Gedanken und Gedächtnisslücken vor und seit einiger Zeit begibt sie sich in die ersten Stadtgeschäfte und macht hier ganz unnütze Einkäufe. Oft im Laufe des Gespräches kann sie viele Worte nicht deutlich aussprechen; auch besteht Ungleichheit der Pupillen.

Es handelt sich also in diesem Falle um eine allgemeine Paralyse mit Verfolgungswahnideen, d. i. mit einem systemisirten Wahnsinn. Angesichts dieser Verhältnisse liegt, wofern das Fibrom das Leben der Kranken nicht unmittelbar bedroht, die Nothwendigkeit einer Operation nicht vor.

Das sind die verschiedenen Psychosen, bei welchen Sie systemisirte Wahnideen beobachten können, und wo es nothwendig erscheint, die Diagnose genauestens festzustellen, um mit voller Sachkenntniss die Prognose formuliren zu können.

Dies vorausgeschickt, gehen wir nun daran jene Form der Wahnideen, denen man zuweilen beim chronischen Wahnsinn begegnet, und die systemisirten Wahnideen der Degenerirten zu studiren.

Der chronische Wahnsinn, der eine unheilbare Geisteskrankheit ist, einen chronischen Verlauf hat und im Allgemeinen durch einen complicirten Wahn charakterisirt erscheint, kann in gewissen Fällen die Form des systemisirten Wahnsinns annehmen. Indess, selbst dann ist die Natur der Affection leicht zu erkennen, wenn man die Besonderheiten in Betracht zieht mit denen wir uns jetzt befassen werden.

Der systemisirte oder auch nicht systemisirte chronische Wahnsinn manifestirt sich nur ganz ausnahmsweise unter 30 Jahren. Seine Entwicklung beginnt fast immer in der Periode zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Er entwickelt sich bei Subjecten, deren Gehirn bis zu jener Zeit vollkommen normal gewesen ist und die in keinem Abschnitt ihres Lebens irgend welche Geistesstörung gezeigt haben. Der Wahnsinn tritt nicht plötzlich auf. Während einer variablen Periode, die jedoch von einer Dauer von nicht weniger als zwei oder drei Jahren ist, zeigen die betreffenden Individuen einige Hirnstörungen, einen gewissen Grad von Trübsinn und Gleichgewichtsstörung der Geisteskräfte, jedoch nichts, was auf das Vorhandensein einer Geisteskrankheit schliessen liesse. Diese erste Periode, das Prodromalstadium, erscheint nothwendig bei der Entwicklung des Wahnsinns. In der That scheint es, dass diese so schwere Geisteskrankheit nicht mit einem Male in einem bisher gesunden Gehirn auftreten könne, und ich will besonders hervorheben, dass sie bei normalen Individuen zur Entwicklung kommt.

Nach Ablauf von zwei oder drei Jahren tritt der Wahnsinn auf, und man beobachtet in der systemisirten Form, der einzigen, die uns hier jetzt beschäftigt, den Verfolgungswahn. Der Kranke beginnt zu glauben, er sei von lauter Feinden umgeben; er glaubt ausspionirt zu werden; er meint Stimmen zu vernehmen, die ihn bedrohen.

Von da an befindet man sich gegenüber einem scharf gekennzeichneten Wahnsinn, und zwar in seiner schwersten Form, in dem Sinne, dass er nicht mehr zurückweicht, dass er endgiltig und unerbittlich sich bei dem Kranken festgesetzt hat.

Die Dinge bleiben in einem solchen Zustande mehrere Jahre lang, zehn, zwölf und noch mehr Jahre.

Nach Ablauf dieser Zeit ändert der Wahnsinn die Form, behält jedoch seinen systemisirten Charakter bei: er entwickelt sich zu einem Grössenwahn.

Diese Kranken, die sich bisher verfolgt wähnten, halten sich nunmehr für befähigt, die höchsten Stellen im Staat und Gesellschaft zu bekleiden: sie sind grosse Männer, Monarchen etc. Diese neue Form, die allmälig sich herausbildet, dehnt sich gleichfalls auf mehrere Jahre hinaus, dann tritt an ihre Stelle der mystische Wahnsinn, die Theomanie und die Daemonomanie.

Nachdem der chronische Wahnsinn unter dieser systemisirten Form lange Zeit gedauert, zuweilen 25 bis 30 Jahre, endet er mit einer hochgradigen allgemeinen Abschwächung der Hirnfunction, die bis zum Tode des betreffenden Individuums andauert.

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 51, 1893.

Aus dem Gesagten ersehen Sie die Differenz der Prognose, die, wie ich bereits Eingangs erwähnte, zwischen diesem systemisirten Wahnsinn und demjenigen, den man bei einem Alkoholiker beobachten kann, besteht. Was uns die chronische Form von den übrigen Formen zu unterscheiden gestattet, ist das constante Vorhandensein beim chronischen Wahnsinn einer Vorbereitungsperiode, eines vorher vollkommen normalen Gehirnzustandes, des ersten Auftretens der Zufälle nach dem 30. Lebensjahre.

Ohne gerade sehr häufig zu sein, sind die Fälle von chronischem systemisirten Wahnsinn doch nicht so selten.

Ich zeige Ihnen hier eine Patientin, die sich auf unserer Klinik zum zweiten Male befindet und die ein bemerkenswerther und vollkommener Typus ist dieser Form des chronischen Wahnsinns.

Es handelt sich um eine Frau, die gegenwärtig 49 Jahre alt ist. Nie hat sie in ihrer Jugend irgend welche Geistesstörungen dargeboten; sie ist frei von jeder nervösen und hereditären Belastung. Sie verehelichte sich im Alter von 21 Jahren und sie wurde Mutter eines Kindes, das sie einige Jahre später verlor. Dieser Todesfall hat sie tief betrübt, ohne aber, dass es etwas abnormes in dieser Trauer gegeben hätte, ohne dass diese letztere von irgend welchen psychischen Störungen begleitet worden wäre.

Einige Jahre später, im Alter von 32 oder 33 Jahren, begann sie manche abnorme Symptome, eine intellectuelle Gleichgewichtsstörung darzubieten; kurz sie trat in das Prodromalstadium ein, welches ich weiter oben besprach.

Bei unserer Kranken scheint diese Periode, deren Beginn sehr schwer präcisirt werden kann, drei bis vier Jahre gedauert zu haben. Nach Ablauf dieser Zeit stellten sich die ersten Zeichen des Wahnsinns ein: sie sah sich von feindlich gesinnten Personen umgeben; sie hörte Stimmen, die ihr beleidigende und drohende Worte zuriefen; sie glaubte auch von Spionen umgeben zu sein.

Diese Periode des Verfolgungswahns hat elf Jahre gedauert. Während elf Jahre hat diese unglückliche Frau ihre Feinde zu fliehen gesucht; sie hat oft Wohnung gewechselt. Während dieser elf Jahren fasste sie gegen ihren Mann, mit dem sie früher sehr glücklich gelebt, einen unsäglichen Hass. In diesem Zustande wurde sie zum ersten Male im Jahre 1890 in unsere Klinik aufgenommen. Nach einigen Monaten einer relativen Ruhe wurde sie ein wenig gebessert, und sie konnte aus dem Krankenhause entlassen werden.

Vor einiger Zeit kehrte sie zu uns zurück, aber ihr Wahnsinn zeigte eine ganz andere Richtung. Sie erinnert sich der Verfolgungen, die sie so sehr gequält, aber ihr Wahnsinn strebt nunmehr einem anderen Ziele zu: sie soll zur höchsten Macht gelangen, sie wird zum Chef der Staatsverwaltung in Frankreich ernannt werden.

Welches ist die Prognose bei dieser Kranken? Im Allgemeinen nimmt die Krankheit den Verlauf, den ich Ihnen angegeben: d. h. die Patientin wird noch eine Zeitlang in diesem Zustand verharren, der dann mit Demenz enden wird, Die nächste Prognose ist viel schwerer festzustellen. Ihre Hirnfunctionen sind noch sehr thätig. Bisher hat sie nie versucht an ihren Verfolgern Rache zu nehmen, und wahrscheinlich wird es eine Zeitlang noch so bleiben. Wenn es möglich wäre, sie auf dem Lande streng isolirt leben zu lassen, dann könnte man sie wahrscheinlich ohne irgend welche Gefahren in ihrer Freiheit belassen. Wenn sie jedoch in der Stadt leben soll, so wird sie fortfahren, sich über ihre Umgebung zu beklagen, vor allem in Folge der hohen Stellung, die sie einzunehmen wähnt. Unter diesen Verhältnissen ist ihre Internirung absolut nothwendig, und sie ist dazu verurtheilt, aus einer Irrenanstalt nicht mehr herauszukommen.

Die zweite Gruppe des systemisirten Wahnsinns, die ich noch heute besprechen will. der systemisirte Wahnsinn der erblich Degenerirten, bietet ebenfalls einige besondere Charaktere dar, die ihn leicht erkennen lassen.

Bei den erblich Entarteten beobachtet man psychische Störungen im Allgemeinen früher als bei den mit chronischem Wahnsinn behafteten Individuen. Dieses frühe Auftreten des Wahnsinns hängt mit ihrer geistigen Degeneration zusammen, die sie mehr zu Wahnideen prädisponirt.

Wir haben gesehen, dass beim chronischen Wahnsinn eine Art Vorbereitung nothwendig ist, um das bis dahin gesunde Gehirn in den gewollten Zustand zu versetzen, damit der Wahnsinn sich entwickle. Bei den erblich Degenerirten findet ein Gleiches nicht statt: ihr bereits vorbereitetes Gehirn bedarf nicht der Prodromalperiode, bei ihnen stellt sich daher der Wahnsinn mit einem Male ein. Ueberdies ist der Wahnsinn bei diesen letzteren nicht die erste psychische Manifestation, die beobachtet wird. Bevor sie Wahnideen zeigen, bieten sie verschiedene Störungen, vielfache Zeichen der geistigen Gleichgewichtsstörung dar. Sehr häufig hat man bei ihnen vorher abwechselnd Zustände von Depression und Exaltation beobachtet, die unter dem Einflusse ihrer geerbten Degeneration sich bilden.

Soviel hinsichtlich der individuellen Antecedentien.

Wenn der systemisirte Wahnsinn bei einem erblich Degenerirten zum Ausbruche kommt, dann erfolgt dies immer unter dem 30. Lebensjahre. Die systemisirten Wahnideen, die man alsdann beobachtet, haben verschiedene Charaktere: bald ist es ein Verfolgungswahn, bald ein Grössenwahn, bald ein religiöser Wahn, etc.

Was das Charakteristische des systemisirten Wahnsinns bei erblilch Entarteten bildet, ist die Leichtigkeit, mit der dieser auftritt, wieder verschwindet und von neuem ausbricht. Die ersten Anfälle gehen rasch vorüber, sie kehren jedoch, sei es unter derselben Form, sei es unter einer neuen Form, mit äusserster Leichtigkeit wieder.

Die ersten Anfälle heilen ohne irgend eine Spur zurückzulassen; in dem Masse jedoch, als sie sich wiederholen, zeigt sich die Intelligenz mehr und mehr ergriffen und die betreffenden Individuen, bei welchen die ersten Krisen im Allgemeinen nicht schwer sind, verfallen schliesslich in einen Zustand wahrer Demenz. Mit einem Worte: der systemisirte Wahnsinn der erblich Entarteten lässt nur eine ernste Prognose zu, und zwar nicht betreffs des Wahnsinnsanfalls an sich, sondern deswegen, weil seine fast unvermeidliche Wiederkehr und die Demenz als Endglied zu gewärtigen sind.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 22. December 1893

Docent Dr. v. Hacker: *Ein Fall von Gastrostomie mit Sphincterbildung aus dem linken Rectus abdominis.*

(Autoreferat.)

Vortragender stellt einen 52jährigen Mann vor, bei dem er vor ungefähr 6 Wochen wegen impermeabler Oesophagusstrictur, bedingt durch eine auch ösophagoskopisch nachgewiesene carcinomatöse Ulceration, die Operation ausgeführt hat.

Der Fall ist deshalb interessant, da er zeigt, dass auch beim Erwachsenen ein Drainrohr allein die Fistel vollständig abschliessen kann, wenn eine reactionslose Heilung der Wunde zu Stande gekommen ist. Der Kranke ist, wie gewöhnlich in solchen Fällen, 8 Tage nach der Operation aufgestanden und schon am 12. Tage aus dem Sophienspitale entlassen worden. Das in die Fistel eingeführte Drainrohr ist durch einige Fäden an zwei parallel zur Linea alba aufgeklebte Heftpflasterstreifen befestigt.

Vortragender hat in früheren Fällen, etwa nach einer Woche, wenn die Kranken das Bett verliessen, das Drainrohr mit der als v. Hacker-Scheimpflug'sche bekannten Balloncanüle vertauscht, die den Verschluss sicher bewerkstelligt und wenn die Ballons aufgeblasen sind, dadurch von selbst in der Fistel fixirt ist. Zunächst

hat sich nun bei Kindern gezeigt, dass die nach dieser Methode ausgeführte Fistel durch die sphincterartige Rectuswirkung vollkommen durch ein eingeführtes Rohr allein abgeschlossen wird. Vortragender erinnert hier an einen im vorigen Semester in dieser Gesellschaft aus Hofrath BILLROTH's Klinik vorgestellten kleinen Knaben. Wegen einer impermeablen Laugenstrictur der Speiseröhre war von Herrn Prim. Dr. ZINSMEISTER in Troppau die Gastrostomie durch den linken Rectus abdominis angelegt worden; die Fistel wurde viele Monate lang durch ein eingelegtes Drainrohr, an welchem dort, wo es in den Bauchdecken lag, eine deutliche Einschnürung durch den Sphincter sichtbar war, abgeschlossen gehalten, bis die Magenfistel, nach ausgeführter Oesophagotomie und nach erfolgreicher Ausführung der vom Vortragenden angegebenen Sondirung ohne Ende, nicht mehr nöthig war. Die Fistel schloss sich in dem Falle, der zur vollständigen Heilung gebracht wurde, von selbst.

Einen ganz analogen Fall bei einem Knaben hat Vortragender gegenwärtig an der Poliklinik in Spitalsbehandlung. Die Gastrostomie hat Vortragender in diesem Falle im Juli 1893, gleichfalls wegen impermeabler Laugenstrictur, ausgeführt und ist die Fistel seitdem bis heute bei dem den ganzen Tag sehr lustig mit den anderen Kindern herumlaufenden und spielenden Knaben nur durch ein eingeführtes Gummirohr verschlossen. Vortragender konnte hier vor Kurzem, als er den Versuch machte, von der absichtlich etwas dilatirten Fistel aus mit dem Zeigefinger die Cardia zu tasten, was auch gelang, die einschnürende Wirkung des Rectus an seinem fast gefühllos werdenden Finger erproben.

Derselbe Abschluss kann, wie bei den Kindern, auch bei Erwachsenen erreicht werden, wie der vorgestellte Fall beweist.

Vortragender hat die Gastrostomie mit Sphincterbildung bisher in einem Viertelhundert von Fällen ausgeführt und war mit dem Resultate sehr zufrieden. Beeinträchtigt wurde dieses nur in ein paar Fällen, wo die Wunde nicht per primam heilte, und Nahteiterung auftrat. Letztere kommt dann leichter zu Stande, wenn die Kranken an heftiger Bronchitis leiden, da durch die Hustenstösse in den ersten Tagen nach der Operation die Nähte theils direct gesprengt, theils durch Herauspressen von Mageninhalt, neben dem Rohr inficirt werden können.

Ungünstig sind in dieser Hinsicht, was wohl für alle Methoden der Gastrostomie in gleicher Weise gelten dürfte, wie Vortragender an anderem Orte bereits ausgeführt hat, nach seiner Erfahrung vorgeschrittene Carcinome in der Höhe der Bifurcation der Trachea, bei denen oft schon früh Ulceration gegen die Trachea und die Bronchien mit Perforation besteht.

Vortragender macht darauf aufmerksam, dass diese Methode besondere Bedeutung für die gutartigen Narbenstenosen habe, da hier die Sondirung vom Munde durch die Fistel oder umgekehrt leicht ausgeführt werden, auch die Fistel später leicht wieder verschlossen werden kann. Vortragender wendet sie auch beim Carcinom an, da sie in allen Fällen leicht ausführbar ist, die Kranken in 8 Tagen schon das Bett verlassen können und die Resultate darnach sehr befriedigende sind.

Vortragender kommt hierauf noch kurz auf die anderen in der neueren Zeit üblichen Methoden der Gastrostomie zu sprechen.

Bei der HAHN'schen Methode, die er zwei Mal mit sonst gutem Erfolge ausführte, hat er zuerst auf die dabei vorkommende Rippenknorpelnecrose und Eiterung dadurch hingewiesen, was dann auch andere (HADRA etc.) bestätigten. WITZEL's Verfahren der Canalbildung hat er ein Mal mit nicht ganz vollkommenem Resultate ausgeführt; andere haben über damit erzielte sehr gute Erfolge berichtet.

Das neueste von FRANK mitgetheilte Verfahren, das in einigen Fällen bei Carcinom sehr gute Resultate ergab, hat er noch nicht erprobt; es setzt dasselbe wohl ziemlich normale Grössen und Beweglichkeitsverhältnisse des Magens voraus. Die Priorität dieser Methode dürfte nach erst jetzt in die deutsche Literatur übergegangenen Berichten SSABANEJEW gebühren, der dieselbe schon früher erdachte und das erste Mal darnach im Mai 1890 operirte und im September 1890 in der Gesellschaft der Odessaer Aerzte darüber berichtete.

* * *

Dr. Müller: *Drei interessante ophthalmologische Fälle* (Demonstration.)

I. Ein Bauer erlitt durch den Tritt eines Stieres schwere Verletzungen an beiden Augen. Links ein mehrfacher Bruch des Orbitalrandes, Enophthalmus, Ruptur der Sclera und Aphakie. Am rechten unteren Augenlide eine grosse Risswunde, eine kürzere am oberen Lide, Ruptur der Sclera am Limbus (gleichsam Fortsetzung der beiden Verletzungen am Lide). Dieser Fall beweist, dass nicht alle Rupturen der Sclera als Contrarupturen aufzufassen sind, und dass solche auch am Orte der einwirkenden Gewalt entstehen können. Wenn ein Fremdkörper mit grosser Endgeschwindigkeit auf den Bulbus trifft, hat der Glaskörper keine Zeit auszuweichen und es entsteht dann eine Zerreissung im Corneo-Scleralfalze.

II. Die vorgestellte Patientin, welche sich mit einer Scheere ins Auge gestossen, zeigte nach Resorption des Blutextravasates auf der vorderen Capsel eine frei liegende Cilie, deren Spitze zwischen den Wundrändern eingeklemmt war. Interessant ist, dass die Cilie mit der Zeit an die hintere Fläche der Hornhaut zu liegen kam. Die jetzige Lage der Cilie gibt eine Indication zu deren Entfernung. Vortragender berichtet über einen selbst beobachteten Fall, wo zwei Cilien durch 34 Jahre am linken Auge getragen wurden; dieselben waren ganz glatt, nicht ausgeschilfert; nur hatten sie ihr Pigment verloren. In der Literatur sind bis jetzt über 120 Fälle bekannt.

III. Die dritte Patientin zeigt einen typischen Hydrops des Sinus frontalis. Stirne links bis an die Haargrenze vorgetrieben, temporalwärts eine bis zum äusseren Lidwinkel reichende Abstufung. Die Wand des Sinus rareficirt, Fluctuation zu fühlen. Nase gesund, kein periodischer Erguss von Schleim oder Eiter aus derselben. Patientin wurde bereits zwei Mal wegen eines Mammacarcinoms operirt, doch spricht die kurze Zeit des Bestandes dieser Abnormität, sowie die Form und Ausdehnung gegen eine Metastase.

* * *

Dr. Julius Schnitzler berichtet über Experimente, die er angestellt, um bei Thieren Pneumaturie zu erzeugen. Es gelang dies durch Infection der Harnblase diabetisch gemachter Thiere mit dem Bacterium coli. Auch bei einer an Pneumaturie leidenden Frau konnte SCHNITZLER dasselbe Bacterium im Urine nachweisen. (Die ausführliche Publication erfolgt später in diesen Blättern.)

* * *

Prof. Paltauf: *Zur Discussion über Aneurysmen.*

Der Begriff des Aneurysma ist bei den Chirurgen und pathologischen Anatomen kein einheitlicher. Es gibt Autoren, welche als «Aneurysma» nur die umschriebene Erweiterung des Arterienrohres, nicht aber die diffuse Erweiterung gelten lassen. Nur der Begriff der umschriebenen Erweiterung gibt eine gewisse histologische Einheit und einen gewissen fixen Punkt in der Aetiologie.

Der aneurysmatische Sack wird entweder von der ganzen Gefässwand oder nur aus einzelnen Theilen derselben gebildet. Die Grundbedingung zur Aneurysmabildung wird in allen Fällen gegeben durch eine Dehiscenz der Media elastica, welche wiederum entweder von einer angeborenen Schwäche, von Entzündungsprocessen parasitären Ursprunges oder von einem Trauma herrühren kann.

1. Das Aneurysma congenitale ist selten auf Arterien mittleren Calibers beschränkt, tritt meist multipel auf (oft 60—70), erreicht kaum Bohnengrösse, kann sich an einem Gefässe vielfach wiederholen. Die Wand derselben besteht aus der verdickten Intima und Adventitia, die Media elastica ist stets vollständig auseinandergewichen. Es findet sich schon bei sehr jungen Individuen, hat aber chirurgisch keine Bedeutung.

2. Zu den Aneurysmen parasitären Ursprunges gehört:

a) Das parasitär-embolische Aneurysma, welches von einer Herzklappenentzündung ausgehen, durch Steckenbleiben eines Propfes oder durch Anlegen eines embolischen Gerinnsels, durch Mesarteritis und Endarteritis entsteht, häufig multipel auftritt und sich oft an den Gehirnarterien vorfindet. Die Wand desselben wird durch die verdichtete Adventitia gebildet.

b) Das Arrosionsaneurysma (besonders bei tuberkulösen Herden). Die Media ist hier meist gerissen, die Adventitia arrodirt, die Intima ausgeweitet. Die Granulationen der Cavernenwand hängen dann direct mit der Adventitia zusammen. Dieses Aneurysma findet sich nur an mittelgrossen Arterien, da kleine Arterien auf diesem Wege zum Verschlusse gelangen.

c) Die von Prof. CZOKOR angeführten durch Strongylus erzeugten Aneurysmen. Die Larven dieses Wurmes bohren sich in die Gefässwand ein und erzeugen zur Nekrose führende Entzündungsprocesse. Die Media wird zerstört, die elastische Membran zerrissen, so dass die Aneurysmawand durch die Adventitia und Reste der Media gebildet wird. Beim Ausheilen des Processes kommt es zu einer Wucherung von Seite des Epithels, so dass diese Aneurysmen eine glatte Wand haben.

3. Häufig ist das Aneurysma spontaneum, doch wird dieses oft mit dem Hämatoma arteriale zusammengeworfen. Es geht meist aus einer Zerreissung der Gefässwand hervor (Media und Intima). Zumeist heilen die Arterienrisse durch Wucherung des Endothels, die Narbe gibt aber leicht nach und es kommt dann so zu einem Aneurysma. Doch liegt die Ursache dieser Aneurysmen nur selten in Entzündungsprocessen. Meist treten sie bei starken Kraftanstrengungen auf, Schmerzgefühle gehen ihnen voraus.

Sie finden sich häufiger an der Aorta ascendens als an der Aorta descendens. Hierher gehört auch das Aneurysma popliteum, das sich in Folge des erhöhten Blutdruckes bei Nephritikern und nach überstandenen Herzerkrankungen (compensirten Herzfehlern) häufig findet. Eine Prädisposition der Arterien muss nothwendigerweise angenommen werden (auffallende Dünnheit, Brüchigkeit und Schälbarkeit). Die Arteriosclerose kann nicht die Ursache sein, da diese ein Entzündungsprocess ist, welcher zur Verdichtung der Gefässe durch Granulationsgewebe führt. Auch syphilitische Erkrankungen der Arterien begünstigen die Aneurysmabildung nicht.

Die Compression der Aneurysmen ist sehr empfehlenswerth, da hier alle Momente zur Thrombose gegeben sind; es kann auch so zu einem vollständigen Verschlusse des Gefässes kommen, mit Organisation des Thrombus. Dafür spricht ein von Docent HOCHENEGG vorgestellter Fall von Aneurysma der Arteria ulnaris.

Die bei Embolie angenommene Steigerung des Seitendruckes scheint keine Ursache zur Aneurysmabildung zu sein, da sonst die bei den meningealen Arterien so oft beobachteten Embolien öfters zu Aneurysmen führen müssten.

Das Aneurysma dissecans ist von den wahren Aneurysmen gänzlich auszuscheiden.

Vortragender demonstrirt nun ein Herzpräparat, welches einem 30 Jahre alten Manne entstammt, welcher beim Heben einer schweren Last plötzlich einen Stich am Sternum verspürte und bewusstlos zusammenstürzte. Linksseitige Hemiplegie, Krämpfe in der Rumpfmusculatur, linke Hand pulslos. Die Section ergab rothe Erweichung der Rinde, gelbe Erweichung der Marksubstanz. Herz hypertrophisch, Aorta schlaff und unmittelbar über den Klappen bis auf 15 *cm* erweitert; oberhalb der rechten Klappe ein zweizeitig entstandener Riss, wodurch es zu einem Aneurysma interparietale gekommen war. Arteria subclavia links durch das ausgetretene Blutgerinnsel ganz verschlossen, ebenso die Anonyma und Carotis sinistra. Die Gefässe sind bei ihrer ausserordentlichen Zerreisslichkeit sehr elastisch. Atherom ist nicht nachweisbar.

Dr. Em. Mandl.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen

Ueber die Durchlässigkeit der Darmwand eingeklemmter Brüche für Mikroorganismen.

Von **Dr. Arnd** in Bern.
Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Herrn **Prof. Tavel** in Bern.
Verlag von Carl Sallmann. Basel und Leipzig. 1893.

Vorliegende Brochure bildet das 4. Heft der «Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz» und beschäftigt sich mit einer schon von NEPVEU, GARRÉ, CLADO, BÖNNECKEN, RITTER und ROVSING studirten, aber noch immer ungelösten Frage. Es ist nämlich noch nicht entschieden, in wie hohem Grade das Gewebe einer incarcerirten Darmschlinge geschädigt sein muss, um den im Darminhalt stets vorhandenen Bacterien den Durchtritt zu ermöglichen.

Verfasser ging in der Weise vor, dass er die Incarceration durch einen Gummiring erfolgen liess; die incarcerirte Schlinge lag in einem sterilisirten Condom, wodurch es möglich war, das Bruchwasser aufzufangen.

Das Bruchwasser wurde nun nach einer bestimmten Zeit unter allen Cautelen aufgefangen und bacteriologisch untersucht, die Incarceration gelöst und nun der Darm wieder in die Bauchhöhle reponirt, um Sicherheit darüber zu erlangen, ob man aus der Beschaffenheit des Bruchwassers Anhaltspunkte für die Reponibilität des eingeklemmt gewesenen Darmes gewinnen könnte.

Nach ARND's Untersuchungen ist der Kaninchendarm schon im Zustand leichter Circulationsstörungen für Bacterien durchgängig.

Ferner findet Verfasser ein gewisses Verhältniss zwischen dem Grad der Einklemmung einer Hernie und der Menge des vorhandenen Bruchwassers. Je mehr Bruchwasser vorhanden ist, um so länger und heftiger war die Hernie incarcerirt. Es wäre also auch eine incarcerirt gewesene Schlinge um so mehr in ihrer Vitalität bedroht (und deren Reposition um so weniger angezeigt) je mehr Bruchwasser sich vorfindet.

Dr. J. Schnitzler.

Ungarisches Archiv für Medicin.

Redigirt von **Prof. Dr. A. Bokai, Prof. Dr. F. Klug, Prof Dr. O. Pertik** und **Dr. W. Goldzieher** in Budapest.
Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

In den letzten Heften (II. Jahrgang) dieses schon mehrmals an dieser Stelle erwähnten Archives finden sich wieder eine Reihe von lesenswerthen Abhandlungen.

Prof. VELITS bringt einen Beitrag zur operativen Behandlung der Osteomalacie an der Hand eines relativ ansehnlichen Materiales. Er hat von der Castration gute Erfolge gesehen. Dr. LUMNICZER zeigt an der Hand einer Reihe genauer Beobachtungen die Schwierigkeiten, welche sich der Diagnose und Therapie der Herzverletzungen entgegenstellen. In einer zweiten Arbeit tritt Dr. LUMNICZER für die frühzeitige Massagebehandlung bei Fracturen ein. Eine ganze Reihe von Aufsätzen (von Dr. KOSSA, Dr. TAUSZK, Dr. PREISACH, Dr. MEISELS) beschäftigt sich mit der antifebrilen und anästhesirenden Wirkung des Formanilids. Prof. BOKAI theilt günstige Erfolge der Intubationstherapie bei Larynxstenosen mit und Prof. GENERSICH macht interessante Angaben über die Härte pathologischer Concretionen. Die Ausstattung ist die bekannt vortreffliche des BERGMANN'schen Verlages. *J. S.*

Zeitungsschau.

S. Engel (Berlin): **Zur Entstehung der körperlichen Elemente des Blutes.** (Archiv für mikroskopische Anatomie. Bd. 42 2. Heft. 1893.)

Die Untersuchungen wurden angestellt an Mäuseembryonen welche trächtigen weissen Mäusen zu verschiedenen Zeiten ihrer Schwangerschaft entnommen worden sind, dann an 2 Kindern mit linealer Leukämie, an einem 8jährigen Mädchen mit Purpura hämorrhagica mit secundärer Anämie, an einem früh geborenen Kinde und an jungen menschlichen Embryonen.

Die nach EHRLICH hergestellten Präparate wurden mit neutrophiler Lösung gefärbt, und wo es auf die Structur des Kernes ankam, wurden ausserdem Kernfärbmittel angewendet.

Die Untersuchung frischer Präparate brachte für Verfassers Zwecke ebensowenig Förderung wie Fixirung mit Osmiumsäure oder Behandlung mit Essigsäure. In Präparaten von einem 8 Tage

alten Mäuseembryo, welche mit Eosin-Methylenblau behandelt worden sind, findet man grosse kugelförmige Zellen, deren Durchmesser zwischen 9 und 20 μ und der des Kernes zwischen 5 und 13 μ schwankt.

Die Grössenunterschiede zwischen den einzelnen Blutkugeln, denjenigen von etwa 12—20 μ Durchmesser mit einem Kern von 6—13 μ einerseits und denjenigen von 9 μ Durchmesser und circa 6 μ Kerndurchmesser andererseits, lässt den Gedanken aufkommen, dass wir es hier mit Zellen von verschiedenem Alter zu thun haben.

Diese Annahme wird dadurch begründet, dass die Kerne der grossen Zellen fast ohne Ausnahme in Karyokinese begriffen sind, was bei kleineren Exemplaren nie der Fall ist.

Ausser diesen Zellkugeln besitzt das embryonale Mäuseblut in diesem Alter keine körperlichen Blutelemente und Verfasser zieht den Schluss, dass die grossen kugelförmigen Zellen mit einem relativ kleinen Kerne und bedeutendem Reichthum an Hämoglobin im Zellprotoplasma als die ersten Blutkörperchen der weissen Maus anzusehen sind. Aus diesen Mutterzellen (Metrocyten), wie sie Verfasser nennt, lassen sich alle körperlichen Elemente des Blutes beim Erwachsenen ableiten. Nur die Metrocyten theilen sich unter Karyokinese.

In den älteren Stadien der Entwickelung findet man keine grossen Metrocyten mehr, sondern nur Metrocyten zweiter Generation (Metrocyten-Tochterzellen), die viel kleiner sind und niemals unter Karyokinese sich theilen.

Der Kern liegt theils in der Mitte, theils am Rande des Blutkügelchens. Einige von diesen Metrocyten mit randständigem Kern sind in der Weise langgestreckt, dass der Kern ganz an einer Seite der Zelle zu liegen kommt, während der Protoplasmaleib nach Art eines Kometenschweifes nachgezogen erscheint. Derartige Zellen fand Verfasser auch in den Blutpräparaten von Menschenembryonen aus dem zweiten Monate.

In der Mehrzahl der Fälle findet man, dass sich um den Kern herum eine Art Saum von dem übrigen Zellleibe abhebt, so dass der Kern von einer faltigen Halskrause umgeben erscheint. Die Abtrennung schreitet weiter vor sich, bis aus dem Metrocyten zweiter Generation zwei körperliche Elemente des embryonalen Blutes hervorgegangen sind:

a) Kern plus hämoglobinhaltigen Protoplasmasaum = kernhaltiges rothes Blutkörperchen und

b) der Rest des kernhaltigen Metrocyten = grosses kernloses rothes Blutkörperchen, EHRLICH's Megalocyt, rothes Blutkörperchen erster Generation.

Zum Beweise, dass thatsächlich der Kern mit der hämoglobinreichen Protoplasmakrause herausgetreten ist, dient Verfasser die grosse Anzahl sehr kleiner intensiv gefärbter Kerne mit schmalem aber stark tingirtem Hämoglobinsaum.

Die ganz jungen Kerne haben einen noch unentwickelten Bau, doch lässt sich eine Vervollkommnung gegen den Kern der Metrocyten zweiter Generation schon erkennen.

Die Grösse und die zerrissene Oberfläche der zurückgebliebenen kernlosen rothen Blutkörperchen, ihre helle Orangefarbe sowie ihre unregelmässige Form unterscheidet sie von den neben ihnen liegenden kernlosen rothen Blutkörperchen, welche auch im späteren Alter persistiren.

In Präparaten aus älteren Stadien findet man also:

1. unveränderte Metrocytentochterzellen,
2. in die Länge gezogene Metrocyten,
3. Metrocyten mit frei werdendem Kern,
4. freie kernhaltige rothe Blutkörperchen und
5. Megalocyten.

Die kernhaltigen rothen Blutkörperchen erleiden noch weitere Veränderungen, indem der Kern wieder aus der Zelle austritt; es bleibt dann wiederum ein kernloses rothes Blutkörperchen — rothes Blutkörperchen zweiter Generation (Normocyt) zurück, welches sich von dem rothen kernlosen Blutkörperchen erster Generation in mancher Hinsicht unterscheidet. Sehr bald verwischen sich aber die Differenzen, so dass endlich unmöglich wird, die Herkunft der einzelnen Blutkörperchen zu diagnosticiren.

Was geschieht denn mit dem Kern nach seinem Austritte aus dem kernhaltigen rothen Blutkörperchen?

Der Kern nach seinem Austritte hat einen Durchmesser von circa 3 μ, welcher allmälig bis zu 10—12 μ heranwächst. Die herangewachsenen Kerne lassen sich von farblosen Blutkörperchen nicht mehr unterscheiden.

Zum Beweise diene, dass

1. einzelne Kerne den Leukocyten schon zum Verwechseln ähnlich, auch von den stark aufgehellten rothen Blutkörperchen umgeben sind,

2. einige wenige dieser Körperchen eine sehr feine neutrophile Körnung zeigen.

Die Blutplättchen kommen in den mit neutraler Lösung gefärbten Präparaten als violette Plättchen vor, die in Häufchen zusammenliegen. Je mehr aber die Farbe der Blutplättchen zum Blau oder Blaugrün hinneigt, um so weniger lassen sich die Plättchen von einander unterscheiden

Verfasser nimmt an, dass die Blutplättchen analog den weissen Blutkörperchen, aus den kernhaltigen rothen Blutkörperchen hervorgehen, in der Weise, dass der Kern des kernhaltigen rothen entweder zum farblosen Blutkörperchen wird, oder seine Structur verliert, die tinctorielle Eigenschaft des Kernes aber noch behält und die Uebergangsform bildet, oder drittens sowohl die Kernstructur als auch die Fähigkeit, Kernfärbemittel anzunehmen, einbüsst und zum Blutplättchen degradirt wird.

Damit im Einklange steht die Angabe von LILIENFELD, nach welcher die Blutplättchen gleich den Kernen Nuclein enthalten.

Dieselbe Mannigfaltigkeit an Elementen bietet das Blut eines menschlichen Embryos von 5 *cm* Länge.

Das Blut eines früh geborenen Kindes am 16. Lebenstage enthielt:

1. Normale rothe Blutkörperchen mit Delle.
2. Rothe Blutkörperchen ohne Delle.

Die letzteren beherbergen in sich die künftigen weissen Blutkörperchen, die «wie eine zusammengedrückte Spiralfeder» nach Zerreissung des Mantels des rothen Blutkörperchens «herausschnellen».

Zur Stütze dieser Ansicht führt Verfasser eine dritte Art von zelligen Gebilden, die weisse Blutkörperchen darstellen und die noch mit einer hämoglobinhaltigen Kappe versehen sind. Das sind eben die rothen Blutkörperchen ohne Delle, aus denen die weissen herausgeschnellt sind.

Im erwähnten Blute fand Verfasser des Weiteren:

4. Polynucleare Zellen mit neutrophiler Körnung.
5. Eosinophile Zellen.
6. Mastzellen.
7. EHRLICH's Uebergangszellen.

Blutplättchen konnten nicht nachgewiesen werden.

Bei jungen Kindern war die Zahl der Leukocyten eine auffallend geringe. Bei etwas älteren und namentlich bei solchen, die an secundären Anämien und linealer Leukämie litten, war die relative Häufigkeit von noch zusammenhängend rothen und weissen Blutkörperchen auffallend.

[Jedem, der mit der Histologie des Blutes nur einigermassen vertraut ist, müssen diese Angaben des Verfassers auffallen und Zweifel an der Richtigkeit derselben erwecken. Mir scheint, dass die Annahme nicht von der Hand zu weisen ist, dass Verfasser durch Kunstproducte getäuscht wurde. Nur dadurch wären überhaupt die auffallenden Speculationen des Verfassers erklärlich. Bei näherer Betrachtung der beigegebenen Abbildungen, bekommt man thatsächlich Gebilde zu Gesicht, die entschieden nur als Kunstproducte gedeutet werden können. So z. B. Tafel XIV, Fig. 4 a, b, g., f., Tafel XV, Fig. 5 c. Referat.] *Rosenstadt.*

H. Mende: Die sogenannte Fraktur des Penis, nebst Mittheilung eines neuen Falles. (Centralblatt für Chirurgie. Nr. 49. 1893.)

Ein 40 jähriger Arbeiter war angeblich am 24. Juli 1891 mit erigirtem Penis im Dunkeln gegen eine Stuhllehne gerannt und fühlte im Penis einen heftigen Schmerz. Wegen Anschwellung und Unmöglichkeit, Urin zu lassen, am anderen Morgen Katheterismus. Es entleerte sich jedoch nur Blut. Daher Aufnahme in die chirurgische Klinik. Penis stark geschwollen, an seinem Symphysenansatz bläulich schwarz gefärbt. Vorhaut zurückgezogen, schlangenresp. S-förmige Krümmung des Gliedes mit nach unten gerichteter Konvexität. Haupteinknickung hinter der Glans, wo Fluctuation zu fühlen ist. Das ganze Scrotum sugilirt. Katheterismus gelingt nicht. Daher am 25. Juli Boutonnière mit Einführung und Herausleitung eines Nélaton aus der Dammwunde. Darauffolgend Abschwellung des Penis. Am 30. Juli Spaltung im vorderen Theile des Penis, wo sich die Harnröhre quer durchrissen zeigt. Am 7. August Anfrischung und Naht derselben. Am 27. August Entlassung bei noch offener Boutonnière. Doch tritt definitive Heilung mit völliger Herstellung der Form und Function ein.

Verfasser referirt dann 14 in der Literatur niedergelegte Fälle und geht zum Schlusse näher auf Entstehung, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang des Leidens ein. Der Schwerpunkt liegt immer in dem Punkte, ob die Harnröhre verletzt ist oder nicht, und danach richten sich auch die eventuell nothwendig werdenden therapeutischen Eingriffe. Bei Retentio urinae wird es sich in erster Linie, falls der Katheterismus misslingt, um Längsspaltung an der unteren Fläche des Penis handeln und Aufsuchung des centralen Harnröhrenendes. Eventuell haben später plastische Operationen zu folgen.

Aus der medicinischen Abtheilung des allgem. Krankenhauses zu Gothenburg.

H. Köster: Zur Behandlung des Erysipels. (Vorläufige Mittheilung, — Centralbl. f. klin. Medicin. Nr. 38, 1893.)

Die neue Behandlung besteht in dem Bedecken der ergriffenen Partien und eines Theiles der umgebenden gesunden Haut mittels Pinsels mit einer mässig dicken Schicht von weisser Vaseline; auf diese wird, falls im Gesicht, eine Maske aus Leinenzeug mit Oeffnungen für Augen, Nase und Mund, falls anderwärts, ein gewöhnliches Stück Leinen gelegt, und das Ganze durch unter gelinden Druck angelegte Gazebinden befestigt. Zweimal täglich wird neue Vaseline aufgestrichen und dieselbe fettdurchtränkte Maske wieder aufgelegt und aufs Neue befestigt.

Die so erzielten Resultate sind äusserst günstige, und wie Verfasser durch Vergleich mit früher ausgeführten Behandlungsserien mit Jodeinpinselung, Ichthyol resp. Sublimatlanolin constatiren konnte, vollaus eben so günstige wie mit letztgenannten Mitteln. Das Fieber fiel in den meisten Fällen kritisch binnen einiger, gewöhnlich 2—3, Tage, der Schmerz und die Spannung in den angegriffenen Theilen wurde bald geringer und Recidive kamen nicht öfter vor als nach sonst angewendeten Mitteln. In einigen Fällen war der Erfolg überraschend. Patienten, die Abend mit 40° Fieber und mehr in Behandlung kamen, waren am folgenden Tage fieberfrei und die Ausbreitung des Processes hatte aufgehört. Allerdings war das Resultat nicht in allen Fällen gleich frappant; aber wenn auch in dem einen oder anderen Falle der Process sich weiter verbreitete, in den meisten blieb derselbe auf die angegriffenen Partien beschränkt. Ganz ähnliche Erfahrungen hat Verfasser von übrigen Mitteln, jedenfalls kamen die genannten Ausnahmen nicht öfters als bei Anwendung letzterer vor.

Die Methode ist nicht nur bei erysipelatösen Processen auf glatter Haut anwendbar, sondern hat auch nach Ergriffensein der behaarten Kopfhaut, ohne dass es nöthig gewesen wäre, die Haare zu entfernen, gute Resultate geliefert.

Die Vortheile dieser Behandlungsmethode sind ohne Weiteres deutlich. Dieselbe ist einfach, völlig gefahrlos, indem in der Vaseline für den Körper schädliche Bestandtheile sich nicht vorfinden, völlig reizlos, und deshalb für den Patienten angenehmer als Jodeinpinselung, Ichthyol oder Sublimatlanolin, die oftmals brennende Schmerzen hervorrufen und auch, wie in mehreren Fällen vorgekommen, recht heftige Reizerscheinungen hervorrufen können.

E. Mendel: Die Epilepsia tarda. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, 1893).

Die Epilepsie nimmt in der Mehrzahl der Fälle in den ersten zwei Jahrzehnten ihren Anfang.

Für die als «späte» zu bezeichnende Form stellt Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren nicht das 30. sondern nach seinen Beobachtungen das 40. Lebensjahr als untere Grenze auf.

Am häufigsten erfolgt der Ausbruch der Epilepsie im Alter von 11—15 Jahren, doch fallen auch noch in die Zeit zwischen 30 und 40 eine ziemlich grosse Anzahl, während erst nach dem 40. Lebensjahr eine starke Abnahme zu verzeichnen ist. (Von den 904 vom Verfasser beobachteten Fällen trat bei 53, also 5·8% die Krankheit nach dem 40. Lebensjahre auf). Es wurde jedoch bis in das höchste Alter (bis zu 80 Jahren) erstes Ausbrechen der Krankheit beobachtet.

Die Epilepsia tarda tritt beim männlichen Geschlechte häufiger auf als beim weiblichen; hereditäre Anlage lässt sich in einer erheblichen Anzahl der Erkrankungen nachweisen. (Verfasser führt aus seinen Beobachtungen 2 Fälle in Kürze an).

Als directe Ursachen für den Ausbruch der Epilepsia tarda finden wir so wie bei der Epilepsie des frühen Lebensalters Schreck, traumatische Einflüsse (Verfasser erwähnt einen Fall, wo nach Einspritzungen in's Ohr bei einem 58 jährigen Mann und einen zweiten Fall, wo bei einem 42 jährigen Mann nach Ausbrennen der Nase der erste epileptische Anfall auftrat, dem sich dann in regelmässigen Zwischenräumen weitere anschlossen).

Schwangerschaft, Entbindung und Menopause scheinen für den Ausbruch der Epilepsia tarda von keiner besonderen Bedeutung zu sein, während bestehende Epilepsie durch letztere allerdings verschlimmert werden kann.

Manchmal gehen dem Ausbruch der Epilepsie jahrelang gastrische Störungen voraus, in anderen Fällen Herzbeklemmungen ohne organische Affection des Herzens, in anderen wieder organische Herzkrankheiten.

Auffallend ist das verhältnissmässig häufige Auftreten der nächtlichen Anfälle (Epilepsia nocturna).

Während bei der in jugendlichem Alter sich entwickelnden Epilepsie nach längerem Bestehen der Krankheit die Anfälle sich meist häufen, die Zwischenräume kürzer werden, scheint dies bei der Epilepsia tarda nicht der Fall zu sein.

Auch hat die Epilepsia tarda meist nicht den verderblichen Einfluss auf Intelligenz und Charakter wie die in der Jugend beginnende Epilepsie.

Es scheint das in der Entwicklung begriffene Gehirn dem verderblichen Einfluss der Krankheit mehr zu unterliegen als das vollentwickelte.

Die Therapie ist dieselbe: Brom, Belladonna, Atropin (subcutan), Vermeidung der Alcoholica, vegetabilische Kost. *B. S.*

Dr. R. Hatschek: Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. Sonder-Abdruck.)

Hatschek unterzog 11, meist jugendliche (14—21 Jahre) Patienten der Klinik Prof. Kaposi, von denen 7 mit Prurigo agria, 4 mit Prurigo mitis behaftet waren, der von Murray in Stockholm (1889) empfohlenen Massage-Behandlung und konnte in allen Fällen constatiren, dass sie die symptomatische Indication der Beseitigung des Juckreizes, in eminentem Grade zu erfüllen im Stande ist. In Anwendung kam die einfache Effleurage, mit welcher an den dem Rumpfe zunächst liegenden Extremitätentheilen begonnen und allmälig gegen die peripheren Enden der Extremitäten vorgerückt wurde; die Richtung derselben war natürlich stets eine centripetale.

Bei den meisten Patienten war nach 2—4 Massage-Sitzungen an den massirten Körpertheilen das Jucken völlig verschwunden,

bei anderen dauerte es zur Erzielung dieses Erfolges länger, es ergab sich dabei auch, dass die Raschheit der Einwirkung der Massage auf den Juckreiz nicht ganz parallel ging mit der Schwere der Erkrankung; setzt man mit der Behandlung völlig aus, so treten wieder Recidiven aus.

Zum Verständniss der Massage-Wirkung hat schon MURRAY die ganz plausible Erklärung gegeben, dass dieselbe auf einem mechanischen Wegdrücken des die Knötchen bildenden und auch die Papillen umgebenden Exsudates beruhe.

Unmittelbar nach der Massage erscheinen die Knötchen allerdings zwar förmlich geschwellt, geröthet, treten sehr distinct hervor, schwellen aber sofort wieder ab. *Dr. G. N.*

P. J. Möbius: Ueber Tabes bei Weibern. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. IV. Bd. 1893.)

Vor 9 Jahren hat Verfasser über Tabes bei Weibern geschrieben und hat 18 Krankengeschichten mitgetheilt. Es handelte sich darum, darzuthun, dass die Verhältnisse bei den Weibern nicht nur nicht gegen die ursächliche Beziehung zwischen Syphilis und Tabes sprechen, sondern dass gerade aus ihnen sich neue Gründe für diese Beziehung ergeben.

Der Verfasser gibt nun Auszüge aus 39 Krankengeschichten. Unter all diesen ist kein Fall zu finden, in dem die Syphilis unwahrscheinlich wäre. Gäbe es Tabes ohne Syphilis, so müsste doch, sagt Verfasser, die »tabische Jungfrau« auffindbar sein.

Das Alter der Erkrankten betrug im Mittel 37 Jahre (min. 28, max. 52 Jahre). Früher hatte ich als Mittel 32 Jahre gefunden. Aus allen 39 Fällen ergeben sich als Mittel 34·5 Jahre.

Das Intervall zwischen Infection und Tabesbeginn liess sich diesmal bei 18 annähernd bestimmen; es betrug im Mittel 9 Jahre (min. 5, max. 20 Jahre). Das frühere Mittel war 7 Jahre. Aus beiden Reihen ergeben sich also als Mittel 8 Jahre. *F.*

Dr. J. Heitzmann: Zur Anwendung der Mattoni'schen Moorextrakte in der Gynäkologie. (Sep.-Abdr. M. Ch. Ch. Bl. 1893.)

HEITMANN empfiehlt auf Grund eigener Erfahrungen die genannten Präparate, und zwar sowohl das feste (Moorsalz), als auch das flüssige (Moorlauge). Im letzteren überwiegt saures, schwefelsaures Natrium und Chlornatrium, in ersterem schwefelsaures Eisenoxydul. 1 *kg* Moorsalz oder 2 *kg* Moorlauge sind die als Zusatz zu einem Vollbad erforderlichen Dosen. Die Temperatur der Bäder möge 27—28° R. betragen, ihre Zeitdauer zuerst 10, später bis zu 25 Minuten erreichen. Die Bäder sollen nicht öfter als 2—3 Mal wöchentlich gebraucht werden. Meist genügen 10—15 Bäder, nur in besonders schweren Fällen (grosse Exsudatmengen) sind bis zu 30 Bäder erforderlich. Als Indikation für den Gebrauch der Bäder bezeichnet HEITZMANN: Anämie, Chlorose, chronische Metritis, Subinvolutio uteri, chronisch entzündliche Prozesse der Adnexe und des Uterus, insbesondere Residuen von peri- und parametritischen Exsudaten. Neben den Bädern sind auch Kataplasmen mit demselben Mittel empfehlenswerth. Endlich empfiehlt Verfasser noch für Erosionen etc. pulverisirtes Moorsalz, das er ebenfalls mit gutem Erfolge angewendet hat.

Dr. Aufrecht (Magdeburg): **Die Heilung der Pleuritis, insbesondere der Pleuritis acutissima (Fräntzel).** (Therapeutische Monatshefte. 1893.)

Schon vor 10 Jahren hat AUFRECHT das Acidum salicylicum zur Behandlung der Pleuritis empfohlen und hat diese Therapie bis jetzt stets eingehalten, da die Resultate vorzügliche waren. Es werden zunächst für die ersten 2—3 Tage — 6 *gr* täglich in Dosen zu 1 *gr* verabreicht, später kann die Dosis auf 3—4 *gr* herabgesetzt werden. Diese Menge soll durch 8—10 Tage weiter gegeben werden. Durch diese Behandlungsmethode wird das Heilungspercent der Pleuritis wesentlich gesteigert, die Behandlungsdauer bedeutend herabgesetzt.

Sollte diese Therapie nach 8 Tagen keine Verringerung des Exsudates bewirkt haben, so thut man gut daran, die Salicyldarreichung für die Dauer von zwei Tagen zu unterbrechen, dann aber in der angegebenen Weise nochmals durchzuführen. Die Wirkung der Salicylsäure fasst AUFRECHT in der Weise auf, dass es nicht als Diureticum wirke, sondern direct die Resorption befördere. Auf welche Weise dies erfolgt, kann AUFRECHT allerdings nicht erklären. Er weist nur auf das analoge Verhalten beim Gelenksrheumatismus hin. Schlägt die Salicyltherapie fehl, so tritt die Entleerung des Exsudates in Kraft. Zur Ausführung derselben empfiehlt AUFRECHT seinen Heberapparat. Eine eigene Besprechung widmet AUFRECHT der sogenannten Pleuritis acutissima (FRÄNTZEL). Es ist dies eine unter dem Bilde einer schweren Infectionskrankheit auftretende enorm rasche Exsutation in die Pleurahöhle. Früher gingen die meisten von dieser Krankheit ergriffenen Menschen zu Grunde und waren auch Punktionen stets erfolglos. AUFRECHT hat nur in zwei solchen Fällen sehr früh — am 3. resp. 5. Krankheitstage — schon die Rippenresection ausgeführt und beide Patienten gerettet. Er empfiehlt daher zur Behandlung der Pleuritis acutissima die möglichst frühzeitige Rippenresection. *J. S.*

Dr. Alfred Staub (Posen): **Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum.** Vorgetragen auf dem II. internat. dermatol. Congress am 10. September 1892. (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 49, 1893.)

Verfasser fand bei seinem Studium über den Pemphigus neonatorum eine gewisse ätiologische Beziehung dieser Erkrankung zu dem Zustand der Mutter des Neugeborenen. Er beschreibt folgenden Fall.

Eine Wöchnerin in der 3. Woche des Puerperiums lag in Folge offenbaren Verschuldens der Hebamme, die alle Regeln der Aseptik und Antiseptik in unverantwortlichster Weise vernachlässigt hatte, an einem schweren Puerperalfieber darnieder. Es bestanden neben hochgradigster Anämie Schüttelfröste, hohe Temperaturen, Diarrhoen, multiple Schwellungen der Gelenke. Daneben zeigte sich zuerst auf den Glutaeen, später auch an anderen Körperstellen eine Anzahl bis wallnussgrosser, mit hellem Serum gefüllter Blasen, die aus der gesunden, unverletzten, nicht gerötheten Haut emporgeschossen waren. Aehnliche Blasen fanden sich auch auf der Conjunctiva des rechten Auges. Das neugeborne Kind zeigte in reichlicher Menge ganz ähnliche, nur etwas kleinere Blasen in den verschiedensten Stadien der Entwickelung. Auf der Schleimhaut der Lippen, des Mundes und des Rachens fanden sich auch zahlreiche theils circumscripte, theils confluirende Erosionen. Dabei bestand keine Temperatursteigerung und war der Zustand des Kindes ein recht befriedigender und führte auch bald unter indifferenter Salbenbehandlung zur Heilung. Die Mutter genas nach schwerem, mehrwöchentlichen Krankenlager nach reichlicher Anwendung von Bädern und Analepticis.

Der infectiöse Ursprung dieses Blasenausschlages war in die Augen springend. Die Infection musste entweder intra partum durch den noch bestehenden Placentarkreislauf oder bald nach der Geburt von der Nabelschnur aus erfolgt sein.

In der Literatur finden sich zahlreiche Angaben über Epidemien von Pemphigus neonatorum (KAPOSI, HENOCH, ZECHMEISTER u. A.). Die Krankheit verlauft meist gutartig, doch fallen ihr auch manche Kinder zum Opfer. Oefter wurden solche Epidemien in der Praxis einer Hebamme beobachtet, die nach Suspendirung derselben erloschen.

Der Blaseninhalt wurde mehrfach bacteriologisch untersucht. SRELITZ hält den Staphylococcus pyogenes aureus für den Krankheitserreger.

Wie der oben beschriebene und andere Fälle (Verfasser führt noch 2 Fälle an, wo Kinder von an Puerperalfieber erkrankten Müttern den charakteristischen Blasenausschlag zeigten) beweisen, sind auch die einzeln vorkommenden Erkrankungen aller Wahrscheinlichkeit nach auf bacillären Ursprung durch puerperale Infection von Seiten der Mutter zurückzuführen. Der Pemphigus der Wöchnerinnen kann verchiedene Ursachen haben, doch sind auch hier in vielen Fällen bacterielle Einflüsse nicht zu bezweifeln.

Verfasser ermahnt schliesslich die praktischen Aerzte bei jedem Fall von Pemphigus neonatorum nach der Infectionsquelle (Hebamme) zu suchen, um weiteren Infectionen, sei es von neugeborenen Kindern, sei es von Wöchnerinnen, vorzubeugen. *B. S.*

Giovanni Cucco: Phenokoll. hydrochloric. gegen Malaria (Separat-Abdruck).

Das Phenocoll. hydrochloric. ist ein weisses Pulver (klein crystallinisch) von neutraler Reaction, löslich in $16^1/_2$ Theilen Wasser von 17° C. etc. etc.

Nachdem Professor PIETRO ALBERTONI, Bologna, die antipyretische Wirkung des Phenocolls constatirt hatte, kam er zuerst auf den glücklichen Gedanken, dieses Heilmittel gegen Malaria zu probiren, gegen welche Krankheit sich dasselbe als äusserst wirksam zeigte. Weitere Versuche damit stellten Dr. PRATI, Bergamo, Dr. NOVI, Alfonsine, Dr. VENTURINI, Cinigiano, auf den Vorschlag des Professors ALBERTONI hin, an und letzterer berichtete in der Academia Medico-Chirurgica zu Bologna in der Sitzung vom 4. December 1891 über 29 Fälle von Malaria, von denen 22 mit bestem Heilerfolg behandelt wurden.

Dr. CRISCIMANNO spricht sich sehr lobend über die Wirksamkeit des Phenocolls aus, in 5 Fällen von Sumpffieber heilte er 3 mit vorzüglichem Erfolg. — Verfasser selbst behandelte eine grosse Anzahl Malaria-Kranker.

In der Verabreichung hat Verfasser sich an die classische und rationelle Richtschnur des Gebrauches von Chininpräparaten gehalten. Verfasser verordnete vorzugsweise, dass das Heilmittel wenige Stunden vor Auftritt des Fiebers eingenommen wurde, weil Verfasser die Dauer von 12 Stunden zur Entfaltung der Wirksamkeit des Präparates im Organismus für nothwendig hielt. Zu wiederholten Malen hat Verfasser Versuche bei einer und derselben Person, andererseits an verschiedenen Personen, mit Chinin und Phenocoll., angestellt. — Verfasser muss gestehen, dass er gerade in diesem Jahre klinische Formen von Malaria angetroffen habe, die ausserordentlich beharrlich waren, leicht nach wenigen Tagen recidivirten und die sich auch gegen Chininbehandlung äusserst hartnäckig erwiesen.

Verfasser glaubt, dass auf diese Personen die schlechten hygienischen Verhältnisse einwirken, in denen sich ein grosser Theil seiner Patienten befand, — Verhältnisse, herbeigeführt durch Ueberanstrengung, Armuth und aussergewöhnlich missliche Umstände aller Art, welche oft die Entfernung der progressiven Zerstörung der rothen Blutkörperchen verhindert, durch welche die unnatürliche Beschaffenheit des Blutes veranlasst wird.

Von 84 Malariafällen hat sich Phenocoll. hydrochloric. als äusserst wirksam in 52 Fällen gezeigt; 21 waren von zweifelhafter Wirkung, in 4 Fällen war es ohne Wirkung. Ueber die weiteren 7 Fälle kann Verfasser bislang noch kein Urtheil fällen, da er mit seinen Beobachtungen noch nicht am Ziele ist.

Verfasser verordnet das Phenocoll in Dosen von 1 bis $1^1/_2$ *gr* pro die und $^1/_2$ *gr* pro dosi, ohne dass Störungen verursacht wurden. Bei einer Person, welche sich in den letzten Jahren durch den Gebrauch von Chinin eine Chininvergiftung (nach TOMMASELLI) zugezogen hatte, wurde das Phenocoll mit vorzüglichem Erfolg, ohne jegliche Störung zu hinterlassen, angewendet. Verfasser glaubt bestimmt, dass das Phenocoll. hydrochloric. das beste Ersatzheilmittel für Chinin ist. — In verschiedenen Fällen genügte eine einmalige Eingabe von Phenocoll. um das Fieber zu beseitigen.

Der Gebrauch dieses Heilmittels in Dosen von $^1/_2$ *gr* jeden 7. Tag ist das probateste Mittel gewesen, um die Krankheit abzuschneiden.

In Fällen, in denen Phenocoll. von zweifelhafter Wirkung sich zeigte, desgleichen Chinin, habe er diese beiden Präparate in Gemeinschaft gegeben, mit Erfolg angewendet.

Bei schwachen Personen hat Verfasser oft grosse Schweissabsonderung, Schlaftrunkenheit und grössere Depression beobachtet, selbst nachdem das Fieber beseitigt war.

Von Kindern wird Phenocoll. gern eingenommen, da sich der Geschmack leicht durch Zugabe süsser Mittel beseitigen lässt.

Unter dem Vorbehalt, dass Verf. die Fortsetzung seiner Arbeit in wenigen Monaten folgen lasse, kann er heute schon mit bestem Gewissen bezeugen, dass das Phenocoll. sich in den meisten Fällen von Malaria als wirksam, ohne Gefahr und ohne Beschwerden zu hinterlassen, erprobt hat. Sicherlich ist Phenocoll das beste Ersatzmittel für Chinin.

Dr. Carl Beck, (New-York): **Ueber Darmresection bei gangränösen Hernien.** (New-Yorker Med. Monatsschr., Juli, 1892.)

Verfasser gelangt auf Grund klinischer Erfahrungen und seiner im Jahre 1878 publicirten Thierversuche zu folgenden Schlüssen:

1. Bei gangränverdächtigem Darm ist derselbe vor die Bauchwunde zu ziehen, dort in geeignetes Verbandmaterial zu hüllen (Salicylgaze), um ihn zu controlliren und nach ein bis zwei Tagen zu reponiren oder reseciren. Dasselbe Verfahren findet bei schon eingetretener Peritonitis statt.

2. Bei positiver Gangrän, welche sich durch blauschwarz verfärbte Stellen und in meisten Fällen durch den Geruch manifestirt, ist eine ausgedehnte Darmresection auszuführen, welche selbst durch eine bereits bestehende Perforation nicht contraindicirt ist, vorausgesetzt, dass das anliegende Peritoneum noch ein gesundes Aussehen hat.

3. Das Haupterforderniss eines Erfolges liegt in der sicheren Behinderung jeglicher Infection.

Dieselbe wird erreicht.

a) Durch gründliche Desinfection der Umgebung.

b) Durch sorgfältige Vermeidung des Austrittes von Darminhalt in die Bauchhöhle.

4. Die Resection darf nur in gesundem Gewebe stattfinden, so dass man solche Wundflächen erhält, welche zu einer primären Verklebung geneigt sind.

5. Die Blutzufuhr vom Mesenterium muss auf das Sorgfältigste erhalten bleiben und ist deshalb keine Keilexcision vorzunehmen.

6. Zur Verhütung des Kothaustrittes sind die RYDYGIER'schen Compressoren zu verwenden.

7. Zur Enterorraphie ist die einfache LEMBERT'sche Naht nicht zuverlässig genug, wesshalb die CZERNY'sche Naht vorzuziehen ist.

8. Zum Nähen ist die Jodoformseide dem Catgut als einem zu nachgiebigen Material vorzuziehen.

9. Die Bauchhöhle muss während der Operation mit antiseptischer Gaze abgeschlossen werden, so dass das Operationsterrain vollständig extraabdominal gehalten ist.

10. Der Bruchring ist möglichst ausgedehnt zu dilatiren.

11. Die Desinfection des ausserhalb liegenden Darmstückes hat mit einer 2 pro mille Sublimatlösung zu geschehen, welcher eine Nachspülung mit Thiersch'scher Solution folgt.

12. Die Darmnahtstelle ist zur Sicherheit am Bruchring mit einigen Catgutnähten zu befestigen, damit sie leicht gefunden wird, falls die Symptome der Separation auftreten und die Bildung eines anus praeternaturalis nicht mehr zu vermeiden ist.

Dr. Clayton Parkhill: Lineare Craniotomie bei Mikrocephalie.

Dr. CLAYTON PARKHILL berichtet (Intern. Med. Magazine, November 1893) über zwei Fälle von Mikrocephalus, in denen er die lineare Craniotomie ausführte. In einem dieser zwei Fälle handelte es sich um einen 4 Jahre und 8 Monate alten Knaben, den der Autor als einen «hoffnungslosen Idioten» bezeichnet. Sein Kopf war ausgesprochen mikrocephal und konisch in Folge der mangelhaften Entwicklung der Tubera frontalia und parietalia. Unter antiseptischen Cautelen wurde zur rechten Seite der Medianlinie ein Stück Knochen entfernt, so dass die Oeffnung $6^1/_2$ Zoll in der Länge und $^3/_4$ Zoll in der Breite betrug. Am achten Tage trat Heilung per primam intentiouem ein. Innerhalb von 24 Stunden nach der Operation wurde der Gesichtsausdruck des Kindes ein besserer und es verlor die Unruhe, die für dasselbe früher so charakteristisch gewesen war. Nach Ablauf einer Woche spielte es fortwährend mit seinen Spielsachen und unterhielt sich stunden-

lang mit seinem Bilderbüchlein. 11 Wochen nach der ersten Operation wurde auch die linke Seite in einer ähnlichen Art operirt, mit Ausnahme des Umstandes, dass diesmal noch eine zweite Knocheninc ision, $1^1/_2$ Zoll lang und $^1/_2$ Zoll breit, gemacht wurde, die sich nach abwärts gegen das Ohr hin erstreckte, und zwar von der Mitte der langen Knochenwunde aus; diese zweite Oeffnung wurde mit der Absicht gemacht, ihm das Sprachcentrum frei zu halten. Die Heilung per primam intentionem war am 10. Tage eine vollständige. Das Resultat der Operation war, dass aus dem kindlichen Idioten innerhalb dieser wenigen Monate ein ziemlich intelligentes Kind wurde. Das Kind entwickelte sich auch doppelt so schnell, als es sonst bei einem Durchschnittskinde unter normalen Verhältnissen der Fall ist.

In dem anderen Falle handelte es sich um ein 5 Jahre und 9 Monate altes Mädchen, das nicht im Stande war, auch nur ein einziges Wort auszusprechen, und das gar keine Zeichen der Intelligenz darbot. Der Schädel des Kindes hatte eher ein megalocephalisches als mikrocephalisches Aussehen; es stellte sich jedoch heraus, dass dies auf Rechnung der Dicke des Knochens kam, der im Bereiche des Operationsfeldes eine Dicke von $^1/_4$ bis zu $^1/_3$ Zoll zeigte. Der Knochen war so compact, dass die Platte der Zange während der Operation in ihrer Mitte gebrochen wurde. Die Incision in den Knochen mass volle 8 Zoll in der Länge und an Breite betrug sie ebensoviel wie in dem ersten Falle. Am 13. Tage, als die Wunde untersucht wurde, fand man sie vollkommen geheilt. Zur Zeit der Berichterstattung über diese Fälle war einige Besserung in den intellectuellen Fähigkeiten des Kindes eingetreten, und das Kind schien sich in einem ausgezeichneten physischen Zustande zu befinden. — Dr. PARKHILL bemerkt jedoch, dass es noch verfrüht sein würde, zumal wenn man erwägt, dass nur eine Seite operirt wurde, irgend eine bedeutende Besserung in diesem Falle zu erwarten. Verfasser meint, dass die Operationsmethode, die er befolgt hat, nämlich den Schädel in zwei grosse Knochenlappen zu theilen, die beste Methode für solche Fälle sei. *L. L.*

Franco (Neapel): **Klinischer Beitrag zur Pathogenese und Therapie des acuten Rheumatismus.** (Gazz. degli Ospedali, 16. Dec. 1893.)

In der Sitzung vom 29. November 1893 der «Società Medico-Chirurgica» in Neapel hat Prof. FRANCO über drei Fälle von acuter Polyarthritis berichtet. Im ersten Falle war das Fieber sehr hoch und es bestanden multiple Gelenksschmerzen.

Da die gewöhnlichen Mittel von keinem Nutzen gewesen sind, so wandte Verfasser die trockene Hitze an. Die Patientin genas nach fünf Applicationen. Dasselbe Resultat erzielte Verfasser in zwei anderen Fällen.

Die Anwendung der Hitze erfolgt durch einen eigens hiezu construirten Ofen, den der Verfasser für sicher wirkend und frei von jeder Gefahr hält. Die trockene Hitze wirkt besser als das Salicylnatron und besitzt die Nachtheile dieses letzteren nicht. Sie wirkt sicher bei den acuten Formen, bevor noch Alterationen sich eingestellt haben.

Aus diesem curativen Factum lässt sich die Pathogenese der fraglichen Affection ableiten. Der Vortragende tritt nämlich für die schon von CARDARELLI ausgesprochene Anschauung ein, wonach es nicht richtig sei, bei der Entstehung des Rheumatismus der cutanen Perfrigeration jede Bedeutung abzusprechen und die Krankheit als eine parasitäre Infection aufzufassen. Die Zurückhaltung von in den Geweben verarbeiteten toxischen Principien in Folge einer Erkältung muss als die erste Ursache der Affection betrachtet werden. *A. D.*

Massalongo und **Bonatelli** (Verona): **Ein Fall von pneumonischer Hemiplegie.** (Gazzetta d. Ospit. 1893, Nr. 55.)

Die pneumonischen Lähmungen treten entweder im Verlauf der Pneumonie oder später auf. Die pneumonische Hemiplegie ist die gewöhnlichste unter den Formen, die sich im Verlaufe der Krankheit zeigen, und man unterscheidet drei Arten: die der Alten, die der Erwachsenen und die der Kinder. Erstere hat als Ausgang den Tod infolge der Hirnerweichung; die zweite lässt eine günstige Prognose zu, sie geht rasch zurück, sie hat aber eine dunkle Pathogenese. Der von den Autoren beobachtete Fall gehört eben zu dieser Kategorie. Die Paralyse trat ohne Sensibilitätsstörungen auf, es gingen ihr Vomitus und Delirien voraus, auch ging sie mit Pulsus rarus und mit Anfällen von JAKSON'scher Epilepsie einher. Nach wenigen Tagen verschwand sie ohne irgend welche Folge zurückzulassen. In Bezug auf die Pathogenese acceptiren die Autoren keine der aufgestellten Theorien, ausgenommen diejenige, die eine toxische Ursache supponirt (vergleichbar mit derjenigen der urämischen Hemiplegie.) *A. D.*

Tiraboschi (Neapel): **Ueber einen seltenen Fall von Lebercirrhose.** (Giornale Internaz. d. Scienze Medice, Heft II, 1893.)

TIRABOSCHI beschreibt einen nicht gewöhnlichen Fall von vulgärer Cirrhose, sei es wegen des Verlaufs (Dauer circa 7 Jahre, während welcher Zeit 346 Paracentesen vorgenommen wurden), sei es wegen einiger Symptome (zu Beginn Hämatomesis, Hypertrophie des linken Leberflügels etc.), die vom Autor in eingehendster Weise besprochen wurden. Wenn man auch mit den Erklärungen und Deutungen, die der Verfasser den einzelnen Symptomen gibt, nicht durchwegs einverstanden sein kann, so verdient doch die sorgfältigst durchgeführte Arbeit TIRABOSCHI's eine ganz besondere Beachtung, und zwar nicht allein weil sie reich an Bemerkungen und Betrachtungen über die Aetiologie und Pathogenese der Lebercirrhose ist, sondern auch weil in ihr einige Experimente enthalten sind, die Anregung zu weiteren Untersuchungen über den so wichtigen Gegenstand geben können. Mit vollkommeneren Mitteln, als es die sind, über welche ein praktischer Arzt verfügt, könnte man vielleicht zu praktisch wichtigeren Ergebnissen gelangen. *A. D.*

Sheridan Delepine (Manchester): **Ueber künstlich erzeugte Tuberkulose und ihren diagnostischen Werth.** (Medic. Press, 1840).

Die Methode der künstlichen Ueberimpfung von Tuberkulose, zu diagnostischen Zwecken zuerst von VILLEMIN in die Medicin eingeführt, gerieth fast in Vergessenheit, seitdem es KOCH gelungen war, den Tuberkelbacillus selbst mittels seiner Tinctionsmethode in den ergriffenen Geweben nachzuweisen. Schon vorher hatte KOCH auf die Irrthümer hingewiesen, denen man bei der Ueberimpfungsmethode sowohl in Folge blos zufälligen Auftretens von Tuberkulose an den Versuchsthieren, als auch in Folge unsorgfältiger Manipulation bei Anstellung des Experimentes ausgesetzt ist. Gleichwohl macht die Schwierigkeit, mit der es oft verbunden ist, in Geweben oder in Excreten, welche nur wenig Bacillen enthalten, diese letzteren nachzuweisen, es wünschenswerth, wieder auf die alte Methode zurückzugreifen, um so mehr, als in solchen Fällen wohl ein positives Resultat der Untersuchung unumstösslichen diagnostischen Werth besitzt, einem negativen Befunde dagegen keinerlei Beweiskraft zukommt, in letzterem Falle vielmehr immer wieder von Neuem mit dem grössten Aufwande von Mühe und Geduld der Nachweis von Bacillen versucht werden muss.

Die Impfversuche wurden von DELEPINE unter allen antiseptischen Cautelen an 28 Meerschweinchen angestellt. Eine geringe Menge des suspecten Sputums oder einer daraus gewonnenen Reincultur wurde den Meerschweinchen an der Innenseite des Oberschenkels nahe dem Kniegelenke unter die Haut gespritzt. Die auf diese Weise behandelten Thiere wurden in verschiedenen Zeitperioden getödtet und die bis dahin entstandenen Veränderungen durch die Section festgestellt.

I. Dabei zeigte sich, dass sich Einimpfung von etwa dem 20. Theile einer nur 1 *mm* im Durchmesser haltenden Reincultur*) nach 12 Tagen die linken Kniegelenksdrüsen, die oberflächlichen Drüsen der linken Inguinal die linke Sublumbardrüse deutlich infiltrirt war. Die Milz und die Drüsen unterhalb der Leber zeigten Veränderungen geringeren Grades.

*) Die dazu verwendeten Culturen waren sehr virulent, der Bacillus war ausserhalb des Körpers durch mehr als 1 Jahr gezüchtet worden u. zw. durch 6 Monate auf Glycerin-Agar-Agar.

Nach 20 Tagen waren die genannten Organe noch deutlicher, zum Theile käsig infiltrirt. Dazu gesellte sich Affection der Leber, der Mediastinal- und Bronchialdrüsen.

Nach 26 Tagen Infiltration der Subscapula- und der tiefgelegenen unteren Cervicaldrüsen, beginnende Veränderungen in den Lungen.

Nach 30 Tagen sicher zu constatirende Affection der Lungen beginnende Infiltration der rechten Inguinaldrüsen.

Nach 62 Tagen Uebergang der Infiltrate in käsige Nekrose in den meisten der früher genannten Organe, auch in Leber und Milz.

Nach 74 Tagen leichte Schwellung der rechten Sublumbardrüse, die rechten Knieekehlendrüsen zeigten sich noch intact.

Auffällig ist das späte Ergriffenwerden der Lymphdrüsen der anderen unteren Extremität (rechtes Bein), sowie der tiefer unten gelegenen Drüsen der rechten Körperhälfte. Eine Infiltration der rechten Poplitere und Inguinaldrüsen fand DELEPINE nach 97, ja nach 106 Tagen eben erst angedeutet. Hier befindet er sich im Gegensatze zu ARLOING (Congress pour l'Etude de la Tuberkulose 1888), der schon am 60. Tage nach geschehener Impfung Verallgemeinerung der Tuberkulose über den ganzen Körper angibt.

II. Nach der Impfung mit tuberkulosem Sputum traten ähnliche Veränderungen auch dann auf, wenn dasselbe Bacillen blos in sehr geringer Menge enthielt. Wenn die erhaltenen Resultate in manchen Einzelheiten auch nicht die absolute Constanz, wie nach Einimpfung von Reinculturen zeigten, so gelang es doch auch hier, diagnostisch werthvolle Momente festzustellen.

In der 2. Woche nach der Impfung (wieder am linken Beine), krankten sämmtliche Lymphdrüsen derselben Körperhälfte unterhalb des Zwerchfelles und die Milz.

Während der 3. Woche Leber, Mediastinal- und Bronchialdrüsen. Während der 4. Woche die Lungen, Cervical- und Capillardrüsen. Nach der 4. Woche zeigten sich die unterhalb des Zwerchfelles gelegenen Lymphdrüsen der rechten Seite in geringem Grade und langsam fortschreitend afficirt. Die Popliteal- und Inguinaldrüsen rechts entgiengen der Infiltration durch lange Zeit.

In zwei Fällen, wo zur Ueberimpfung Sputa von so geringem Bacillengehalte verwendet wurden, dass ihr mikroskopischer Nachweis zweifelhaft blieb, brach bemerkenswerther Weise sehr rasch Tuberkulose in grosser Ausbreitung aus. In einem dieser Fälle konnte aus der Milz des getödteten Thieres schon 3 Wochen nach der Impfung eine Reincultur von typischen Tuberkelbacillen gewonnen werden.

Dagegen war in anderen Fällen die Ueberimpfung von Sputis, die von Bacillen strotzten, von einer relativ milden Tuberkulose gefolgt.

Daraus schliesst DELEPINE, dass den Tuberkelbacillen in gewissen Fällen oder in gewissen Stadien der Entwicklung eine ganz besondere Virulenz eigenthümlich sei, worüber die Färbemethode nicht im Stande sei, Aufschluss zu geben. Für diese Fälle zeigt sich VILLEMIN's Methode in bemerkenswerther Weise überlegen.

DELEPINE kommt zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

1. Die Methode der Ueberimpfung von Tuberkulose gibt diagnostisch unzweideutige Resultate.

2. Die durch sie erhaltenen negativen Resultate besitzen gleiche Beweiskraft wie die positiven Resultate.

3. Die positiven Resultate geben über den Charakter der Erkrankung genaueren Aufschluss, als der mikroskopische Nachweis von Bacillen zu bieten im Stande ist.

4. Die Resultate können leicht in 2—3 Wochen erhalten werden. *W. Sch.*

Dr. Emanuel Kahn: Menstruationsanomalien in Folge von Botriocephalus latus und Einiges zu dessen Symptomatologie. Vortrag, gehalten am 12. October 1893 in der mediz. Gesellschaft zu Wilna. — (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 47, 1893.)

Das Ei des Botriocephalus latus entwickelt sich im süssen Wasser zum Embryo, der von Fischen namentlich Hechten (zuerst von Prof. BRAUN 1885 experimentell nachgewiesen) verschluckt und durch den Genuss derselben namentlich im rohen, gesalzenen Zustand auf den Menschen übertragen wird. Die Erkrankung an diesem Parasiten ist vor dem 10. Lebensjahre, wo Ascaris lumbricoides vorherrscht, ziemlich selten, nimmt jedoch von da mit dem wechselnden Alter zu und findet sich von der Art der Ernährung der Bevölkerung abhängig, besonders zahlreich in gewissen Gegenden wie Russland, Ostpreussen, Schweden, Schweiz, Japan etc.

Verfasser hatte in seiner Praxis in Narwa Gelegenheit zahlreiche Fälle zu beobachten, von denen er besonders folgenden wegen seines auffallenden Symptomencomplexes hervorhebt.

Es handelte sich um eine 19 jährige Virgo, die bis Juni 1892 vollständig gesund und regelmässig menstruirt gewesen, von dem genannten Zeitpunkt angefangen jedoch an starken, bald nach 2, bald nach 3 Wochen unregelmässig sich wiederholenden, bis 8 Tage dauernden, mit beftigen Schmerzen verbundenen Blutungen litt, wobei auch einmal eine Fiebertemperatur von 39° beobachtet wurde. Patientin war blass, hatte ein leichtes anämisches Geräusch am Herzen, der Uterus (per anum untersucht) zeigte sich leicht vergrössert, in seiner Consistenz erweicht, bei Druck schmerzhaft. — Eisentherapie ohne Erfolg. Ol. Ricini wegen hinzutretender Stuhlbeschwerden gereicht, hatte den Abgang von einem $1/2$ Meter langen Botriocephalus zur Folge, der durch 4 *gr* Extr. Filic. mar. in seiner ganzen Länge ($6^1/_2$ Meter) sammt dem Kopfe abgetrieben wurde. Von da an schwanden sämmtliche Beschwerden, sowohl Menstruations- als Magen- und Darmstörungen der Patientin, um nicht wiederzukehren.

Von den verschiedenen Autoren werden als Symptome des Botriocephalus latus angegeben: nagender Schmerz in der Nabelgegend, Pupillenerweiterung, Unregelmässigkeiten im Stuhlgang, Erbrechen, verschiedenartige Krampfzustände (Chorea, Epilepsie, hysterische Krämpfe). REYHER, RUNEBERG, DEHIO u. A. beschreiben Fälle von progressiver perniciöser Anämie als Folge von Botriocephalusinvasion.

Verfasser beobachtete in seinen Fällen die oben erwähnten nagenden Schmerzen in der Nabelgegend, Gefühl von Völle und Druck im Mesogastrium, hie und da Pupillenerweiterung, bei nervösen, anämischen Personen Krampferscheinungen (in einem Falle bei einem 28 jährigen Mädchen traten sogar maniakalische Anfälle mit folgenden hysterischen Weinkrämpfen auf, die nach Abtreibung des Parasiten vollständig schwanden) und schliesslich bei weiblichen Patienten stets Menstruationsanomalien, so dass er in Gegenden, wo Botriocephalus latus häufig vorkommt, bei Menstruationsstörungen zur genauen Untersuchung der Stuhlentleerungen auffordert. *B. S.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Amsterdam. Dr. Salomonson hat sich als Privat-Docent für Neurologie und Elektrotherapie habilitirt.

— Belfast. Dr. W. H. Thompson wurde mit der neu gebildeten Professur für Physiologie am Queens-College bekleidet. An demselben College ist Dr. John W. Byers an Stelle des verstorbenen M. F. Dill zum Professor der Geburtshife und Gynäkologie ernannt worden.

— New-York. Dr. B. H. Wells wurde zum Professor der Gynäkologie an der New-York Policlinic and Hospital ernannt.

* Der 22. deutsche Aerztetag soll am 29. und 30. Juni 1894 in Eisenach abgehalten werden.

* Der für April 1894 in München vorausgesehene Congress für innere Medicin soll mit Rücksicht auf den vom 29. März bis 5. April 1894 tagenden internationalen Congress zu Rom in diesem Jahre ausfallen und auf die Osterferien 1895 verlegt werden.

* Paris. Die Akademie hat in ihrer letzten Sitzung ein Titularmitglied für die therapeutische Section gewählt. Laveran erhielt 59 von 79 Stimmen. Huchard erhielt 12, Blanchard 4, Ferrand 3 Stimmen.

* Rom. Die medicinische Ausstellung, welche in Rom gelegentlich des XI. Internationalen medicinischen Congresses stattfinden soll, wird vom 20. März bis 30. April dauern.

* Todesfälle. In Wien Dr. Adolf Heider, Privatdocent und Assistent am hygienischen Institute, 47 Jahre alt. — In Baden hat der Generalstabsarzt Dr. v. Mülleitner im Alter von 74 Jahren durch Selbstmord geendet.

* Cholera-Nachrichten. Oesterreich-Ungarn. Seit 17. December ist in Galizien weder ein Erkrankungs- noch ein Todesfall an Cholera constatirt worden. Die Gesammtzahl der seit 3. August bis 17. December in Galizien vorgekommenen Erkrankungen an Cholera asiatica beläuft sich auf 1448, von denen 848 mit Tod endeten. Die aus Ungarn vorliegenden Nachrichten lassen eine fortdauernde Abnahme der Zahl der Cholerafälle entnehmen. In der Zeit vom 6. bis 16. December sind in je 1 Gemeinde aus 4 Comitaten und in der Stadt Budapest zusammen 17 Erkrankungen und 8 Todesfälle an Cholera angezeigt worden. Auf die Stadt Budapest entfielen 4, auf eine Gemeinde im Comitate Bacs-Bodrogh 9 Erkrankungsfälle. — Türkei. In Constantinopel erkranken täglich circa 100 und sterben 30—40 Personen an Cholera.

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle auf der Insel Solta (Dalmatien) mit 3200 Einw. nächst Spalato. Jahresgehalt 2000 fl., Gemeindepferd zur Verfügung. Hausapotheke unentbehrlich. Kenntniss der kroatischen oder einer slavischen Sprache nothwendig. Nähere Auskünfte ertheilt das Gemeindeamt Solta, an das die gehörig instruirten Gesuche zu richten sind.

Districtsarztesstelle in Toporów, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 12 Gemeinden, 14.134 Einw. und 247 Qu.-Kilom. Flächenausmass. Gehalt 500 fl., Reisepauschale 300 fl. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Völs-Tiers des polit. Bezirkes Bozen (Tirol) mit 2280 Einw. Bezüge: 600 fl. Wartgeld, 40 fl. Quartiergeld und 50 fl. Beitrag von einem Privaten, überdies freie Benützung eines Gartens. Der Arzt ist verpflichtet, seinen Wohnsitz in Untervöls zu nehmen, eine Hausapotheke zu halten und zwei Tage in jeder Woche in Tiers zu ordiniren, ausserdem in beiden Gemeinden den Sanitätsdienst im Sinne der Dienstes-Instruction für Gemeindeärzte (L.-G. und V.-Bl. Nr. 8 ex 1885) auszuüben. Gehörig belegte Competenzgesuche sind bis längstens 31. Jänner 1894 an die Gemeidevorstehung in Völs zu richten. Auskünfte ertheilt Dr. Foppa, k. k. Bezirksarzt in Bozen.

Gemeindearztesstelle in der Stadt Feldsberg, Bezirkshauptmannschaft Mistelbach in Niederösterreich, ist vom 1. Februar 1894 an zu besetzen. Jahresgehalt 250 fl., dagegen ist die Behandlung der Ortsarmen und die Todtenbeschau unentgeltlich zu leisten. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre gehörig belegten Gesuche bis 15. Jänner 1894 an das Bürgermeisteramt Feldsberg zu richten, das auch nähere Auskünfte ertheilt. Die Stadt Feldsberg zählt 450 Häuser und über 3000 Einwohner, ist der Sitz eines k. k. Bezirksgerichtes, Steueramtes und der fürstlich Johann Liechtenstein'schen Gutsverwaltung, hat eine 6classige Volksschule und eine n.-ö. Acker-, Obst- und Weinbauschule. In nächster Nähe liegen die Ortschaften: Bischofswart, Reinthal, Kotzelsdorf, Schwattenberg, Herrenbaumgarten und Garschönthal die ziemlich gross sind und keinen Arzt haben.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22 300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Mit dieser Nummer versenden wir Heft 10 des VII. Bandes der „Klinischen Zeit- und Streitfragen" enthaltend: „Ueber die Sonnenäther-Strahlapparate und deren therapeutische Verwerthung". Von Dr. Rudolf Lewandowski in Wien.

Mit nächster Nummer versenden wir das Inhaltsverzeichniss der «Internat. Klinischen Rundschau», Jahrgang 1893.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Verlag der „Internationalen Klinischen Rundschau."

Klinische Zeit- und Streitfragen.

Bisher sind erschienen:

I. Band.

1. Heft: **Weichselbaum.** Der gegenwärtige Stand der Bakteriologie
2. » **Obersteiner.** Der Hypnotismus.
3.-4. » **v. Basch.** Die cardiale Dispnoe.
5. » **v. Zeissl.** Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie.
6. » **Glax.** Die Neurosen des Magens.
7.-10. » **v. Pfungen.** Die Atonie des Magens. (513)

II. Band.

1. Heft: **Neudörfer.** Gegenwart und Zukunft der Antiseptik und ihr Verhältniss zur Bakteriologie.
2. » **Fischl.** Ueber Antipyrese.
3.—4. » **Steinbach.** Die Sterilität der Ehe.
5. » **Ehrendorfer.** Leitung der Geburt und des Wochenbettes.
6. » **Löwenfeld.** Der gegenwärtige Stand der Therapie der chronischen Rückenmarkskrankheiten.
7.-8. » { **Goldzieher.** Die chronisch-infektiösen Bindehauterkrankungen. **Fukala.** Ueber Blepharitis papillaris.
9. » **Herz.** Ueber Lungentuberkulose im Kindesalter
10. » **Maydl.** Ueber Darmchirurgie.

III. Band.

1.—2. Heft: **Oertel.** Die diätetisch-mechanische Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen.
3. » **Albert.** Die Lehre vom Hirndruck.
4. » **Fellner.** Die Thure-Brandt'sche Behandlung der weiblichen Sexual-Organe.
5. » **Neumann.** Die Prophylaxis der Syphilis.
6. » **Hofmokl.** Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura und der Lungen.
7.—8. » **Grünfeld.** Ueber Cystoskopie.
9.—10. » **Feuer.** Das Trachom in der österr.-ungar. Armee.

IV. Band.

1.—2. Heft: **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten.
3. » **Neumann.** Die Regelung der Prostitution vom juridischen und medizinischen Standpunkte.
4. » **Sokolowski.** Ueber die larvirten Formen der Lungentuberkulose.
5. » **Rosenbach.** Ueber funktionelle Diagnostik und die Diagnose der Insufficienz des Verdauungs-Apparates.
6. » **Peyer.** Die Spinalirritation und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane. **Adamkiewicz.** Ueber den pachymeningitischen Prozess des Rückenmarkes.
7.—8. » **Temesváry.** Ueber die Anwendung der Elektrizität bei Frauenkrankheiten. Mit einem Vorworte von **Prof. Apostoli** in Paris.
9. » **Neudörfer.** Von der Antiseptik zur Aseptik. Der gegenwärtige Standpunkt in dieser Frage.
10. » **Weiss.** Kefir, kaukasischer Milchwein (Kuhmilch-Kumiss). Seine Anwendung und Wirkung.

V. Band.

1.—4. Heft: **Wick.** Die Tuberkulose in der Armee und Bevölkerung Oesterreich-Ungarns.
5. » **Hofmokl.** Zur Frage der chirurgischen Behandlung des Pyothorax mit besonderer Berücksichtigung der Bülau'schen Operationsmethode.
6. » **Lang.** Elektrolytische Behandlung der Strikturen der Harnröhre und einiger Dermatosen. Klinischer Vortrag.
7.—8. » **v. Hebra.** Die moderne Behandlung der Hautkrankheiten. Uebersichtliche Darstellung der Fortschritte in der Dermo-Therapie im letzten Dezennium. II. Theil.
9.—10. » **Wick.** Der gegenwärtige Stand der Tuberkulosen-Therapie.

VI. Band.

1.—2. Heft: **Kühner.** Ueber Erfolge und Misserfolge in der medizinisch-chirurgischen Praxis. Eine kritische Studie über ärztliche Kunstfehler.
3. » **Benedikt.** Ueber Neuralgien und neuralgische Affektionen und deren Behandlung.
4. » **Wichmann.** Die Heilwirkung der Elektrcität bei Nervenkrankheiten.
5.—6. » **Hofmokl.** Klinische Mittheilungen über Darmocclusionen.
7. » **Schiff.** Die Krankheiten der behaarten Kopfhaut.
8.—9. » **Wagner.** Beiträge zur Kenntniss der Geschosswirkung des kleinkalibrigen Gewehres.
10. » **Feuer.** Die Beziehungen zwischen Zahn- und Augenaffektionen.

VII. Band.

1.—2. Heft: **Neudörfer.** Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik.
3. » **Lorenz.** Ueber Transformation der Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes.
4., 5. u. 6. » **Mayer.** Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung in Sanatorien und Asylen, dargestellt in ihrer medizinischen und socialen Bedeutung.
7. » **Ekstein.** Zur Reform des Hebammenwesens in Oesterreich.
8. » **Luther.** Ueber Chloroform, seine Wirkung und Folgen.
9. » **Loewy.** Die Typhusepidemie in Fünfkirchen verursacht durch Infection der Wasserleitung.
10. » **Lewandowski.** Ueber die «Sonnenäther-Strahlapparate» und deren therapeutische Verwerthung.

Preis für jedes Heft 1 Mark.

Pränumerationspreis für den Band von 10 Heften 8 Mark.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Arztenstelle erledigt.

Die **Stadt Jaispitz bei Znaim** in Mähren in Verbindung mit der Herrschaft Jaispitz, nebst 5 Gemeinden mit über 3000 Einwohner, sucht einen Arzt, welcher Hausapotheke zu halten hat. Gehalt jährlich 1000 fl., wofür Behandlung der Armen, sowie herrschaftlichen Angestellten zu erfolgen hat. Bewerber müssen der deutschen und böhmischen Sprache mächtig sein und wollen mit Nachweis bisheriger Thätigkeit Gesuche in deutscher Sprache einreichen an die Direction der **Herrschaft Jaispitz in Wien, I., Ballhausplatz 4.** Antritt sogleich. (1438)

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9